Projet de stratégie de lutte contre l'hépatite C en Ontario 2009 - 2014

Préparé pour l'honorable David Caplan
par le Groupe de travail ontarien sur l'hépatite C

Septembre 2009

Table des matières

Lettre au ministre 2

Membres du Groupe de travail ontarien sur l'hépatite C 3

Sommaire 4

1. Introduction 5

   1.1 L'hépatite C en Ontario 6
   1.2 Les mesures prises à ce jour par l'Ontario pour lutter contre l'hépatite C 8
   1.3 La stratégie pour l'hépatite C en Ontario – Pourquoi maintenant? 10
   1.4 Les premiers principes 11

2. Le cadre d'action 14

   2.1 Traitement 14
   2.2 Prévention 21
   2.3 Éducation 24
   2.4 Soutien 32
   2.5 Surveillance et recherche 36

3. Coordination et mise en oeuvre 41

4. Conclusion 43

5. Notes et références 44

Monsieur le Ministre,

C'est avec plaisir et au nom du Groupe de travail ontarien sur l'hépatite C que je vous présente ci-joint, le *Projet de stratégie de lutte contre l'hépatite C en Ontario : 2009-2014*. Ce document reflète les connaissances recueillies au cours d'un vaste processus de consultation communautaire, le dialogue et les discussions auxquels ont participé les groupes compétents du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et d'autres ministères du gouvernement de l'Ontario, ainsi que l'expérience et l'expertise des femmes et des hommes dévoués qui forment ce groupe de travail.

L'hépatite C est une maladie insidieuse qui a déjà pris trop de vies en Ontario. Si sa propagation reste incontrôlée, elle continuera à se répercuter sur la vie des Ontariens et des Ontariennes et à coûter des millions de dollars aux contribuables chaque année. Bien que l'Ontario ait fait beaucoup pour aider les personnes infectées par le biais du système d'approvisionnement en sang, il ressort clairement des consultations tenues dans la province qu' une stratégie globale est nécessaire pour contrôler cette maladie. En investissant dans des programmes et des services communautaires ciblés et efficaces, des modèles mieux intégrés de prestation de soins de santé ainsi que des programmes d'éducation et de prévention, nous croyons que l'Ontario peut contrôler cette maladie et améliorer les résultats en termes de santé pour les milliers d'Ontariens et d'Ontariennes qui ont été infectés par cette maladie mortelle ou qui risquent de l'être.

Dans ce rapport, votre groupe de travail vous propose un gabarit de mesures qui, à notre avis, seront porteuses d'une approche globale pour la gestion de l'hépatite C. Nous avons noté que pour contrôler et gérer cette maladie, une coopération et une coordination seront nécessaires, non seulement au sein du système de santé, mais dans l'ensemble des systèmes et des compétences. Vous constaterez aussi que nos recommandations font suite au profond retentissement que l'hépatite C continue d'avoir sur les plus vulnérables d'entre nous.

Vivant moi-même avec l'hépatite C, il m'a spécialement été donné de collaborer avec le groupe de personnes merveilleuses du Groupe de travail, de votre ministère et des quatre coins de la province qui sont résolues à faire de l'Ontario un lieu de vie meilleur et plus sain pour tous. Je vous remercie de m'avoir offert cette occasion et vous encourage à demeurer à l'écoute de ceux et celles qui vivent avec l'hépatite C et à rester attentif à l'expérience de ces personnes de tous les horizons.

Nous restons à votre disposition et au service de la population de l' Ontario, individuellement et en notre qualité de Groupe de travail ontarien sur l'hépatite C.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Le président,

John C. Plater
Groupe de travail ontarien sur l'hépatite C

Composition du Groupe de travail ontarien sur l'hépatite C

John Plater
Président
Avocat

Paul Lavigne
Superviseur
Programme de réduction des méfaits
Ville d'Ottawa, Santé publique

Lynne Leonard, M.A., CQSW, Ph.D.
Université d'Ottawa
Épidémiologiste
Professeure adjointe
Chercheuse

Dr Len Moore
OASIS, Centre de santé communautaire
Sandy Hill d'Ottawa
Médecin de famille spécialisé dans le
traitement des patients atteints du VHC/VIH

Dr Gary Garber
Chef, Division des maladies infectieuses,
Département de médecine
Université d'Ottawa/Hôpital d'Ottawa
Professeur de médecine, biochimie,
microbiologie et immunologie à
l'Université d'Ottawa

Art Zoccole
Directeur général
Two-Spirited People of the First Nations

Cass Wender
My Sister's Place
Travailleuse d'approche
Soutien à la transition

Alan Simpson
Superviseur d'établissement
Eva's Satellite

Lee Sieswerda
Bureau de santé de Thunder Bay
Épidémiologiste

Colina Yim
Toronto Western Hospital
Infirmière autorisée auprès de
patients atteints d'hépatite C

Billie Potkonjak
Fondation canadienne du foie
Directeur national de la promotion
de la santé et des services aux patients

Dr Jeff Powis
Centre de santé communautaire South Riverdale
Infectiologue

Keith Berry
Établissement de traitement et Centre
correctionnel de la vallée du
Saint-Laurent/Prison de Brockville
Agent de correction

Deb Breau
Unified Networks of Drug Users
Travailleuse d'approche

Danny Bilan
Région de Peel, Santé publique de Peel
Travailleur en développement communautaire

Sommaire

Le virus de l'hépatite C (VHC) se transmet par contact avec du sang infecté. Les personnes touchées peuvent rester asymptomatiques pendant de nombreuses années après l'infection initiale. Le VHC est une cause majeure d'hépatite aiguë et de maladie hépatique chronique, notamment la cirrhose et le cancer du foie. On estime que 110 000 Ontariennes et Ontariens sont infectés par ce virus. Parmi ces personnes, un tiers ne sont pas diagnostiquées, ignorent qu'elles ont le virus et risquent de le transmettre involontairement à d'autres. On s'attend à ce que la progression de cette maladie largement guérissable parmi les personnes infectées au cours des 30 dernières années – y compris celles qui n'ont pas été diagnostiquées ou traitées – engendre un raz-de-marée de complications hépatiques onéreuses.

La majorité des personnes infectées (54 à 56 pour cent) font usage de drogues injectables ou l'ont fait. Onze à treize pour cent ont été infectées par transfusion sanguine et 30 à 35 pour cent présentaient des facteurs de risque autres ou inconnus.

Les populations à haut risque sont notamment les personnes incarcérées, les jeunes de la rue, les usagers de drogues qui partagent leur matériel, les personnes qui pratiquent le tatouage et le perçage corporel sans précautions sanitaires, et celles qui arrivent de pays où le taux de prévalence de la maladie est plus élevé qu'au Canada. Les Autochtones constituent également une population à haut risque en raison de leur surreprésentation dans le système carcéral et parmi les usagers de drogues.

L'Ontario investit dans la lutte contre le VHC depuis des années mais la situation actuelle requiert une approche stratégique et coordonnée. Il faut de toute urgence mettre en place des programmes plus ciblés visant les populations marginalisées – celles qui sont le plus touchées par le VHC et qui risquent le plus de contracter ce virus. Une intervention active dans la gestion thérapeutique – notamment, l'éducation, la prévention, l'évaluation complète, la fourniture de ressources pour la réduction des méfaits, le traitement accompagné et la coordination des services – est logique sur le plan économique. Les renseignements et les recommandations du présent projet de stratégie reposent sur les données collectées au cours de 13 consultations communautaires organisées dans l'ensemble de l'Ontario en 2007-2008, les rapports et les recommandations d'organismes provinciaux et nationaux de lutte contre l'hépatite C et la contribution du Sous-groupe de travail sur la recherche et du Sous-groupe de travail sur les questions cliniques du GTOHC (Groupe de travail ontarien sur l'hépatite C).

La mise en œuvre des recommandations de ce projet de stratégie renforcerait non seulement les services ontariens de lutte contre le VHC mais aussi les services de santé pour les usagers de drogues et les autres populations présentant un risque élevé de contracter le VHC, le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ou d'autres pathogènes transmissibles par le sang. Elle aurait également une plus vaste incidence sur la réduction des autres maladies transmissibles.

Les recommandations du présent projet reposent sur les travaux menés dans le cadre des programmes du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et par les bureaux de santé locaux ainsi que les organismes locaux de santé et de services sociaux afin d'amener l'Ontario à réaliser une intervention plus globale et mieux intégrée contre l'hépatite C, dans le secteur de la santé et en dehors. Il est urgent de renforcer la lutte contre le VHC afin de réduire le futur fardeau de la maladie ainsi que les coûts qui y sont associés pour le système ontarien de soins de santé. L'investissement dans les cibles, les objectifs et les activités présentés dans ce projet de stratégie – ainsi que dans l'intendance requise pour la mise en œuvre de celle-ci – ferait fond sur les programmes existants et ferait de l'Ontario un chef de file canadien dans la lutte contre le VHC.

1. Introduction

Selon un rapport récent du Réseau juridique canadien VIH/sida et du Centre for Addictions Research of BC (CARBC)[1], l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère le VHC comme une « bombe virale à retardement » parce qu'il peut se répandre rapidement et de manière insidieuse pendant un certain temps avant que la force de déflagration frappe notre système de soins de santé. L'OMS ajoute que « l'hépatite C pèse déjà lourdement sur le système de soins de santé. On s'attend à ce que ses répercussions sur l'économie et la santé publique doublent en seulement quelques années. »

Le VHC est une cause majeure d'hépatite aiguë et de maladie hépatique chronique, notamment la cirrhose et le cancer du foie. Il est la principale cause de transplantation hépatique dans le monde[2]. « Sur 100 personnes infectées par le VHC, 75 à 85 risquent de souffrir d'une infection chronique, 10 à 20 de développer une cirrhose sur une période de 20 à 30 ans, et une à cinq de mourir des conséquences d'une infection de longue durée, notamment d'un cancer du foie[3,A]. »

Nous pouvons lutter contre l'hépatite C parce qu'il est tout à fait possible de prévenir cette maladie. Le VHC ne se transmet pas par simple contact et, si on le compare au VIH et au virus de l'hépatite B, le risque de transmission sexuelle est faible. La plupart des nouveaux cas peuvent être rattachés à des facteurs de risque particuliers qu'il est possible de traiter grâce à la prévention, à l'éducation et à une vaste distribution de matériel sécuritaire de consommation de drogues afin de susciter un changement social et comportemental. On peut observer une clairance du virus chez 42 à 80 pour cent des personnes après une seule séance de pharmacothérapie avec, chez un nombre non négligeable d'entre elles, une inversion des dommages hépatiques[5]. L'amélioration des résultats thérapeutiques est attribuable à un dépistage précoce et à un accès rapide au traitement. Les analyses des spécialistes montrent que des investissements stratégiques pourraient réduire les coûts prévus et engendrer des économies dans l'avenir[6].

Conscient de l'urgence de la situation, le GTOHC a élaboré le présent projet de stratégie en consultation avec le Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C – en effet, le GTOHC et le Secrétariat ont été créés pour aider l'Ontario à lutter contre cette épidémie croissante – et avec l'avis du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

La lutte contre l'hépatite C en Ontario requiert un plan stratégique si l'on veut obtenir des résultats positifs à long terme pour les groupes de population à risque ou infectés par le VHC ainsi que pour le système de soins de santé. Le présent document décrit un projet de stratégie reposant sur une approche systémique[B] pour lutter contre l'hépatite C en Ontario. Cette stratégie formule plusieurs recommandations visant à poser des bases solides et à créer des activités ciblées et coordonnées afin de traiter tous les problèmes liés au VHC en Ontario.

[A] Il est important de noter que, dans les statistiques de mortalité, la plupart des décès susmentionnés ne sont pas classés comme ayant été causés par l'hépatite C. Desai et Peltekian indiquent qu'une représentation adéquate des données influe sur la perception publique des principales causes de décès au Canada. Ce glissement dans la présentation des données peut également influencer la manière dont les autorités sanitaires régionales conçoivent et mettent en œuvre les services de santé et influer sur l'ordre de priorité donné à ces patients pour leur aiguillage et leur traitement[4].

[B] Une approche systémique est l'application de la pensée systémique. « La pensée systémique est un moyen d'aider une personne à considérer les systèmes d'un point de vue général, notamment l'observation des structures, modèles et cycles globaux de ces systèmes au lieu de ne tenir compte que de leurs événements particuliers. Cette vision générale peut vous aider à repérer rapidement les causes réelles des problèmes dans une organisation et vous indiquer les éléments précis sur lesquels vous devrez intervenir. » (Adapté de « Field guide to Consulting and Organizational Development » – disponible à http://www.authenticityconsulting.com.)

Ce projet de stratégie adopte une vaste approche fondée sur des données probantes pour coordonner et consolider les programmes existants afin de rehausser la qualité des soins et de viser l'élaboration d'une stratégie à long terme, centrée sur le patient et axée sur les résultats.

Le présent document compte trois grands chapitres : le chapitre 1 fournit des renseignements généraux sur l'hépatite C en Ontario, notamment sur les mesures de lutte employées jusqu'à présent dans la province, et sur les principes sous-tendant l'approche adoptée pour lutter contre le VHC. Le chapitre 2 présente un cadre d'action comprenant des initiatives stratégiques pour les cinq prochaines années dans les domaines prioritaires suivants :

- traitement;
- prévention;
- éducation;
- soutien;
- surveillance et recherche.

Le chapitre 3 décrit les rôles et les responsabilités des principales parties prenantes chargées de coordonner le projet de stratégie et de faire le point sur l'avancement de sa mise en œuvre. Cette approche cadre avec le nouveau modèle d'intendance que le MSSLD a adopté pour gérer le système de santé provincial. Dans ce modèle, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) assument davantage d'activités opérationnelles alors que le MSSLD se charge de l'orientation et de la coordination stratégiques à l'échelle du système et veille à la reddition de comptes.

1.1 L'hépatite C en Ontario

On estime que 110 000 Ontariennes et Ontariens – soit un peu moins de 1 pour cent (0,85 pour cent pour être précis) de la population totale – sont infectés par le VHC. La majorité d'entre eux (54 à 56 pour cent) font ou ont fait usage de drogues injectables. Onze à treize pour cent ont été infectés par transfusion sanguine et 30 à 35 pour cent présentaient des facteurs de risques autres ou inconnus, notamment :

- une transmission sexuelle, verticale [de la mère à l'enfant] ou nosocomiale (l'infection a été contractée dans un hôpital ou un service de soins de santé et est étrangère à l'affection initiale du patient), due à des procédures invasives non stériles réalisées hors du Canada;
- le partage du matériel servant à préparer et à inhaler des drogues ou l'utilisation de matériel de tatouage et de perçage corporel non stérilisé[7,8,9,10].

Identifié pour la première fois en 1989, le VHC est l'une des causes les plus communes d'hépatite aiguë et de maladie hépatique chronique dans le monde[11]. « On estime que 250 000 personnes au Canada sont infectées par le VHC et qu'entre 3 200 et 3 500 individus de plus sont nouvellement infectés chaque année[12]. » Le VHC se transmet par contact avec du sang infecté. Les personnes peuvent rester asymptomatiques pendant de nombreuses années après l'infection initiale. En 1990, année où un test sérologique de dépistage du virus a été autorisé pour la première fois, l'Ontario comptait déjà un très grand nombre de personnes présentant une infection chronique. L'organisation de tests de diagnostic à grande échelle n'a commencé qu'au milieu des années 1990 et il a fallu attendre 1998 pour que toutes les provinces soient tenues de signaler les cas d'hépatite C aux bureaux de santé locaux.

Le test de dépistage des anticorps anti-VHC est utilisé pour établir les expositions antérieures au virus. En Ontario, l'hépatite C est une maladie à déclaration obligatoire aux termes de la *Loi de 1990 sur la protection et la promotion de la santé*[13]. L'actuelle définition de « cas » exige que tout résultat positif obtenu dans le cadre d'un test de dépistage des anticorps anti-VHC soit confirmé par deux

tests de laboratoire utilisant le dosage immunoenzymatique (EIA)[C]. Une fois la présence d'anticorps confirmée, les résultats sont communiqués aux bureaux de santé locaux à des fins d'enquête et de suivi, conformément aux Normes de santé publique de l'Ontario 2008[14]. Les définitions de cas en Australie, aux États-Unis et au Royaume-Uni font une distinction entre les infections au VHC chroniques et aiguës, ce qui n'est pas le cas en Ontario ni au Canada[15].

Le perfectionnement des processus et des technologies de laboratoire – plus précisément grâce à l'utilisation et à l'amélioration du test par réaction en chaîne de la polymérase (PCR)[D] – a permis d'aller au-delà de l'établissement d'une exposition antérieure au VHC pour :

- confirmer la présence d'une infection virale active;
- établir la quantité de virus actif et la variation génétique ou le génotype de la maladie.

Ces avancées jouent un rôle essentiel pour établir le statut réel de l'infection au VHC. Si une clairance spontanée du virus se produit dans les trois premiers mois suivant le diagnostic pour environ 20 pour cent des personnes infectées, on connaît mal les mécanismes à l'origine de la clairance – ou de la persistance – de la maladie. Cependant, il est important de remarquer que les taux de clairance spontanée indiqués dans la littérature sont compris entre 10 et 50 pour cent et sont plus élevés chez les femmes et les Autochtones et plus bas chez les personnes qui consomment des drogues illicites et celles qui ont une infection au VIH concomitante[16,17,18].

En Ontario, les personnes infectées par le VHC sont quatre fois plus nombreuses que celles infectées par le VIH[19]. Selon les estimations, 96 pour cent des personnes co-infectées (VIH et VHC) ont utilisé ou utilisent des drogues injectables[20]. Malgré l'ampleur de l'infection par le VHC en Ontario, il n'existe pas de réseau complet de cliniques, d'organismes communautaires et d'autres services comme c'est le cas pour le VIH. Par conséquent, les services existants qui interviennent auprès des groupes les plus à risque – comme les personnes de la rue, celles qui utilisent des drogues ou fréquentent les salons de tatouage, et celles qui se font faire un perçage corporel dans des établissements non réglementés – luttent contre l'hépatite C en outrepassant leur mandat et sans financement supplémentaire.

Les Autochtones de l'Ontario présentent un taux disproportionnellement supérieur d'incarcération, de consommation de drogues et de risque de contracter l'hépatite C. C'est pourquoi il est important de mesurer le contexte social, y compris les problèmes de préjugés et d'exclusion que rencontrent les Autochtones en Ontario ainsi que la longue histoire d'oppression, de marginalisation et de colonisation qui ont contribué à la médiocrité de leur santé et de leur statut socioéconomique au Canada. Comme le souligne le Réseau canadien autochtone du sida, il est crucial de comprendre les nombreuses raisons pour lesquelles les Autochtones risquent davantage de contracter le VHC et sont surreprésentés en milieu carcéral[21].

[C] EIA – le dosage immunoenzymatique est une technique biochimique principalement utilisée en immunologie pour détecter la présence d'un anticorps ou d'un antigène dans un échantillon

[D] PCR – la réaction en chaîne de la polymérase est utilisée pour répliquer (amplifier) des segments choisis d'ADN ou d'ARN

1.2 Les mesures prises à ce jour par l'Ontario pour lutter contre l'hépatite C

À ce jour, le MSSLD a soutenu un certain nombre d'initiatives afin de lutter contre le VHC :

- L'Ontario a lancé les premiers programmes d'échange de seringues[5] en 1989, en tant que programmes désignés de santé publique. Les programmes d'échange de seringues proposent leurs services dans tout l'Ontario et aident à réduire les risques d'infection par le VHC (et autres virus transmissibles par le sang) en augmentant l'accès à des aiguilles et à des seringues stériles, en retirant de la circulation celles qui sont usagées et en éduquant les clients sur les risques liés à leur réutilisation. Actuellement, ces programmes ne distribuent qu'une petite proportion de la quantité nécessaire d'aiguilles et de seringues stériles. On estime que chaque usager de drogues injectables a besoin d'environ 1 000 seringues par an[22]. Les Normes de santé publique de l'Ontario 2008 indiquent que « le conseil de santé doit donner accès à divers modèles de programmes de réduction des méfaits qui doivent comprendre la fourniture d'aiguilles et de seringues stériles et peuvent inclure d'autres stratégies de réduction des méfaits fondées sur des données probantes en fonction de la surveillance locale ».

- Le Programme d'intervention auprès des usagers de drogues injectables existe depuis 1997-1998. Le Bureau de lutte contre le sida du MSSLD propose aux agents de prévention œuvrant dans la collectivité un financement pour les services de prévention, d'éducation, de soutien et d'aiguillage relatifs au VIH qu'ils fournissent aux usagers de drogues injectables risquant de contracter le VIH et le VHC.

- Depuis 1998, le Programme ontarien d'aide aux victimes de l'hépatite C fournit une aide financière aux personnes qui ont été infectées par l'intermédiaire du système ontarien d'approvisionnement en sang jusqu'au 31 décembre 1985 ou entre le 2 juillet 1990 et le 28 septembre 1998. Au mois de juin 2009, ce programme avait reçu plus de 7 773 dossiers, accepté plus de 4 032 demandes d'aide et distribué plus de 100 millions de dollars au chapitre de l'aide financière prévue dans son cadre. En octobre 2004, l'Ontario a annoncé son plan d'action visant à améliorer les soins et la prévention de l'hépatite C, qui prévoit :
  - la présentation de rapports publics indiquant la manière dont l'Ontario dépense les fonds fédéraux afin de fournir un traitement aux personnes qui ont été infectées par le VHC par l'intermédiaire du système ontarien d'approvisionnement en sang avant 1986 et après 1990;
  - la création du Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C et du Groupe de travail ontarien sur l'hépatite C[23].

- Le Programme ontarien de distribution des ressources pour la réduction des méfaits (PODRRM) existe depuis 2005-2006. Aujourd'hui, il comprend également un volet de transfert des connaissances et de diffusion de la recherche. Il consiste à réduire les méfaits en achetant et en distribuant du matériel supplémentaire – eau stérile, vitamine C, garrots, tampons d'alcool, filtres et cuillères – utilisé pour la préparation et l'injection des drogues afin de compléter les aiguilles et les seringues fournies par l'intermédiaire des 34 programmes ontariens d'échange de seringues et les organismes partenaires. Le but de ce programme est de réduire le partage du matériel et donc le risque de transmission du VHC, du virus de l'hépatite B et du VIH.

[5] La désignation « PEA » (programmes d'échange d'aiguilles) est en perte d'usage. La terminologie actuellement utilisée est « Programmes d'échange de seringues ».

- En 2006-2007, le MSSLD a lancé une campagne provinciale de sensibilisation du public dans laquelle il encourageait les personnes à risque à discuter de l'hépatite C avec leur médecin et à se faire dépister. Il a également proposé des solutions pour les personnes chez qui l'on avait diagnostiqué l'hépatite C. Cette campagne était constituée d'annonces diffusées à la télévision et dans les journaux, d'affiches et d'une brochure – qui renvoyaient les spectateurs et les lecteurs vers le site Web http://hepcontario.ca/ afin d'évaluer leur risque d'exposition à la maladie.

- En février 2007, l'honorable George Smitherman, alors ministre de la Santé et des Soins de longue durée[24], annonçait la création du Programme ontarien de soins infirmiers contre l'hépatite, financé par le trésor public pour réaliser le mandat suivant :
  - accroître les capacités de traitement de l'hépatite C en Ontario, en mettant l'accent sur les collectivités insuffisamment desservies et à forte prévalence de cas d'hépatite C;
  - réduire le taux de maladies hépatiques graves comme la cirrhose, l'insuffisance hépatique et le carcinome hépatocellulaire.

- En 2007-2008, le Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C du MSSLD a financé l'élaboration d'une trousse d'outils complète contenant des documents visant la prévention, l'éducation et la réduction des méfaits pour les populations à haut risque, comme les consommateurs de drogue, les jeunes, les Autochtones et les personnes incarcérées. Les messages du site Web et de la trousse d'outils varient par leur contenu, leur format, leur niveau de langue et le public visé, ce qui permet aux fournisseurs de services de sélectionner les documents les mieux indiqués pour les collectivités desservies.

L'Engagement fédéral concernant l'hépatite C signé en janvier 2002 se concentre sur ce qui suit :

- examiner les circonstances uniques entourant les personnes ayant été infectées par le VHC à la suite d'une transfusion avant le 1er janvier 1986 et après le 1er juillet 1990;

- accroître la capacité des programmes publics de soins de santé de sorte que l'ensemble des Canadiennes et des Canadiens ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion bénéficient d'un accès raisonnable aux services de soins de santé pour le traitement de l'hépatite C.

À ce jour, l'Ontario a reçu 88,4 millions de dollars du gouvernement fédéral – sur un total de 132,6 millions qui lui seront versés sur une période de 20 ans – dans le cadre de l'Engagement fédéral concernant l'hépatite C[25]. Celui-ci visait à fournir un financement aux provinces et aux territoires pour les programmes et les services aux personnes atteintes d'hépatite C, à l'inverse des autres programmes, qui eux étaient axés sur l'indemnisation de ces personnes.

1.3 La stratégie pour l'hépatite C en Ontario – Pourquoi maintenant ?

Un tiers des personnes ayant le VHC ne sont pas diagnostiquées, ignorent qu'elles ont le virus et risquent de le transmettre involontairement à d'autres[26,27]. On s'attend à ce que la progression de cette maladie largement guérissable parmi les personnes infectées au cours de[26] dernières années – y compris celles qui n'ont pas été diagnostiquées ou traitées – engendre un raz-de-marée de complications hépatiques onéreuses[28].

L'Ontario peut se préparer à cette situation en adoptant une stratégie pluriannuelle parfaitement coordonnée visant à :

- empêcher les nouvelles infections;
- fournir en temps voulu des soins aux personnes touchées par l'hépatite C.

La mise en œuvre d'une gestion thérapeutique active – comprenant l'éducation, la prévention, l'évaluation complète, la fourniture de ressources aux fins de la réduction des méfaits, le traitement accompagné et la coordination des services – est logique sur le plan économique. Le BC Centre for Disease Control estime qu'au cours de sa vie, chaque patient ayant l'hépatite C coûtera en moyenne un million de dollars, de la date du diagnostic à son décès, frais médicaux et pertes financières personnelles compris[29].

Premières nations

À ce jour, l'Ontario estime que la responsabilité de fournir des services de santé aux membres des Premières nations incombe principalement au gouvernement fédéral. S'il est essentiel de reconnaître les limites de compétence entre l'État fédéral et la province, il faut tenir compte des réalités et des besoins particuliers liés à la mobilité des collectivités de Premières nations pour mettre en place une stratégie complète et efficace de lutte contre l'hépatite C en Ontario. Il est temps que le gouvernement provincial reconnaisse que les membres des Premières nations sont eux aussi des citoyens de l'Ontario et qu'ils doivent être pris en compte dans l'ensemble des initiatives, des priorités et des plans stratégiques qui sont élaborés pour lutter contre l'hépatite C.

Le Projet de stratégie de lutte contre l'hépatite C en Ontario : 2009-2014 propose une approche inclusive en harmonie avec les principes de réduction des méfaits et d'équité. L'un des grands principes de cette stratégie consiste notamment à assurer un « accès égal à des services de traitement, de prévention, de soutien et d'éducation d'excellente qualité » pour l'ensemble des Ontariennes et Ontariens qui ont le VHC ou qui risquent de le contracter, y compris les membres des Premières nations utilisant le système provincial de soins de santé. Cela pourrait inclure de s'efforcer davantage d'améliorer l'accès des Autochtones vivant dans les réserves aux programmes de réduction des méfaits, tout en respectant les compétences fédérales, provinciales et territoriales.

L'Ontario lutte contre le VHC depuis des années mais la situation actuelle requiert une approche stratégique et coordonnée afin d'élaborer une stratégie complète et efficace mettant l'accent sur le traitement, la prévention, l'intervention, l'éducation, le soutien ainsi que la surveillance et la recherche. Aujourd'hui, il est urgent de proposer des programmes plus ciblés qui rejoignent les populations marginalisées – celles qui sont les plus touchées par le VHC et qui risquent le plus de contracter ce virus[30].

La création des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et l'attention toute particulière que ceux-ci accordent à la planification pour leur collectivité ont préparé le terrain pour la fourniture de services et de programmes plus souples et mieux coordonnés. Les RLISS pourraient être désignés en tant qu'instruments pour le traitement et l'éducation en ce qui concerne l'hépatite C, avec le financement prioritaire qui va de pair.

Il existe aujourd'hui une synergie au sein du MSSLD pour instaurer une stratégie coordonnée de lutte contre le VHC en Ontario. Cependant, si plusieurs éléments sont déjà en place, les activités visant l'hépatite C ne sont pas coordonnées.

1.4 Les premiers principes

Le Projet de stratégie de lutte contre l'hépatite C en Ontario : 2009-2014 repose sur une approche intégrée et éclairera les activités pertinentes dans les cinq domaines prioritaires : traitement, prévention, éducation, soutien ainsi que surveillance et recherche.

Équité d'accès

- L'ensemble des Ontariennes et des Ontariens qui ont le VHC ou risquent de le contracter doivent avoir un accès égal à des services de traitement, de prévention, de soutien et d'éducation d'excellente qualité, quels que soient l'endroit où ils vivent ou la manière dont ils ont été infectés, les obstacles culturels ou linguistiques de chacun, leur statut socioéconomique ou leur niveau d'instruction.

Approche reposant sur la réduction des méfaits

- La réduction des méfaits est une approche pragmatique reposant sur des données probantes adoptée à l'égard de la consommation de drogues. Elle vise à réduire ou à atténuer les effets néfastes de ce comportement pour les personnes et les collectivités en réduisant la contamination par des pathogènes transmissibles par le sang grâce à la fourniture d'aiguilles stériles et d'autres éléments de matériel utilisé pour consommer de la drogue, sans exiger des personnes qu'elles mettent fin à leur consommation. Si aider les personnes à cesser de prendre de la drogue est un objectif à long terme approprié pour certains, les stratégies de réduction des méfaits mettent l'accent sur les changements les plus immédiats, réalisables et positifs, que ceux-ci entraînent ou non une diminution de la consommation.

Partenariat et collaboration efficaces

- Pour réussir, la mise en œuvre du projet de stratégie nécessite une collaboration entre les différents secteurs des services de santé, y compris les soins de santé communautaires, cliniques et hospitaliers, entre les programmes provinciaux pertinents au sein du MSSLD et des autres ministères, ainsi qu'avec les différents paliers de gouvernement.

Réduction des préjugés et de la discrimination

- Les préjugés et la discrimination associés à l'usage de drogues injectables dont souffrent les personnes ayant une hépatite C peuvent être des obstacles qui empêchent les personnes à risque d'accéder aux services et aux programmes appropriés. Tous les programmes et les services de lutte contre le VHC de l'Ontario doivent être proposés sans discrimination et sans porter de jugement.

Surveillance et évaluation

- Une surveillance et une évaluation régulières sont nécessaires pour orienter la mise en œuvre de la stratégie, suivre les progrès dans chacun des cinq domaines précités et avoir l'occasion de revoir les cibles et les objectifs en fonction des éléments suivants :
  - les résultats des évaluations;
  - les nouveaux enjeux;
  - les nouvelles technologies et les progrès thérapeutiques.

- Cette approche assurerait également la transparence et la responsabilité grâce à la remise de rapports d'étapes annuels.

- La surveillance et l'évaluation se concentreront sur un facteur essentiel de l'intendance – savoir si les programmes fournissent les services prévus aux populations visées.

Implication accrue des personnes vivant avec l'hépatite C

- Le principe d'une participation plus importante des personnes vivant avec le VIH ou le sida[31] a démontré que les personnes qui vivent avec ce virus apportent un point de vue unique pour élaborer des politiques et des programmes ainsi que pour lutter efficacement contre le VIH et le sida.

- Notre projet de stratégie propose notamment de donner aux personnes ayant une hépatite C un plus grand rôle dans l'élaboration des politiques et des programmes visant cette maladie. Cette initiative pourrait apporter une optique de vécu à la conception des programmes et des politiques, tandis que la reconnaissance publique de l'infection par l'hépatite C pourrait contribuer à réduire les préjugés et la discrimination.

Les recommandations du présent projet reposent sur les travaux menés dans le cadre des programmes du MSSLD et par les bureaux de santé locaux ainsi que les organismes locaux de santé et de services sociaux afin d'amener l'Ontario à réaliser une intervention plus globale et mieux intégrée contre l'hépatite C, dans le secteur de la santé et en dehors.

Les recommandations et les renseignements fournis dans le projet de stratégie reposent sur les éléments suivants :

- des données collectées dans le cadre de 13 consultations communautaires[5] organisées dans l'ensemble de l'Ontario en 2007-2008;
- des rapports et des recommandations d'organismes provinciaux et nationaux de lutte contre l'hépatite C;
- la contribution du Sous-groupe de travail sur la recherche et du Sous-groupe de travail sur les questions cliniques du GTOHC.

[5] Des consultations multilatérales ont été organisées à Thunder Bay, Sudbury, Windsor, London, Hamilton, Ottawa, Kingston, Peterborough, Mississauga, Toronto, Sault Ste. Marie, Kitchener et Owen Sound. Des représentants des groupes intéressés suivants ont été invités : organismes proposant des services liés au sida, groupes pharmaceutiques Roche et Schering, programmes d'échange de seringues, personnes atteintes du virus de l'hépatite C, centres de santé communautaire, salons de tatouage et de perçage corporel, ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, logement et refuges, services aux Autochtones, services psychiatriques, cliniques de traitement à la méthadone, Agence de la santé publique du Canada (ASPC), bureaux de santé, chercheurs universitaires, médecins traitants, Hémophilie Ontario, personnel infirmier, dirigeants de groupes de soutien, Fondation canadienne du foie et centres de traitement de la toxicomanie.

Les consultations communautaires ont mobilisé toutes les principales parties prenantes, notamment :

- les personnes vivant avec le VHC;
- les fournisseurs de soins de santé;
- les professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie;
- les responsables de la santé publique;
- le personnel infirmier du milieu correctionnel;
- les représentants de l'industrie pharmaceutique;
- les refuges et les programmes de logement;
- les chercheurs;
- les organisations communautaires, y compris les organismes proposant des services liés au sida, les centres de santé communautaire (CSC) et les organismes desservant les collectivités autochtones;
- les autres organismes proposant des services d'éducation, de traitement et de soutien aux personnes infectées par le VHC ou risquant de le contracter, y compris le personnel des programmes d'échange de seringues et celui des programmes de réduction des méfaits;
- les membres du Groupe de travail ontarien sur l'hépatite C.

Non seulement la mise en œuvre des recommandations formulées dans le présent projet renforcerait l'Ontario dans sa lutte contre le VHC, mais elle aurait une plus vaste incidence sur la réduction d'autres maladies transmissibles et contribuerait à consolider les services de santé pour les personnes qui consomment des drogues et pour celles qui ont un risque élevé de contracter le VHC, le VIH et d'autres pathogènes transmissibles par le sang.

Les initiatives du projet de stratégie reposeraient sur les réussites ainsi que sur les infrastructures et les soutiens mis en place pour les programmes provinciaux et locaux, y compris le volume croissant de recherches en matière de programmes servant à orienter les politiques et la fourniture de services dans ce domaine. Par exemple, la récente évaluation du Programme ontarien de distribution des ressources pour la réduction des méfaits a souligné à quel point la mise en œuvre de ce programme – à savoir la modification de l'environnement de risque – avait une incidence positive sur la réduction du partage du matériel d'injection de drogues, pratique qui accroît le risque d'infection par le VHC.

Au moins 80 pour cent des personnes ayant le VHC utilisent ou ont utilisé des drogues injectables[32]. D'autres personnes ont été contaminées selon un mode différent, notamment par transfusion sanguine. L'Ontario a prévu jusqu'à 200 millions de dollars pour fournir une aide financière aux personnes qui ont contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion sanguine avant 1986 et après 1990. Sur cette somme, un peu plus de 100 millions ont été dépensés à ce jour. En revanche, le financement pour la fourniture de services et de programmes communautaires de lutte contre l'hépatite C à l'ensemble des autres personnes infectées ou à risque n'est que de 4,4 millions de dollars.

2. Le cadre d'action

Les consultations communautaires ont permis de recenser les activités requises pour lutter efficacement contre le VHC dans les cinq domaines prioritaires. Ces activités ne sont pas énumérées par ordre de priorité et doivent être développées et menées de concert pour un maximum d'efficacité. Si possible et au besoin, elles s'appuieront sur les ressources et les programmes existants afin d'assurer l'approche la plus efficiente qui soit. En développant ce projet de stratégie, le Groupe de travail ontarien sur l'hépatite C a reconnu que toutes les activités recommandées dans le cadre du processus de consultation ne pourront pas être mises en œuvre dans le délai de cinq ans évoqué, même si des ressources supplémentaires sont débloquées. C'est pourquoi il n'a inclus des buts, des objectifs et des mesures que pour les priorités les plus urgentes. La mise en œuvre des autres activités recommandées au cours des consultations devrait être envisagée.

Le cadre ci-après vise à proposer un plan détaillé et intégré de lutte contre l'hépatite C en Ontario dans les domaines du traitement, de la prévention, de l'éducation, du soutien ainsi que de la surveillance et de la recherche, en se fondant sur les principes mentionnés précédemment.

2.1 Traitement

Cible : Améliorer l'accès au continuum thérapeutique, y compris les services avant, pendant et après le traitement, pour les personnes vivant avec le VHC.

Bien qu'aucun vaccin ne prévienne l'hépatite C, il existe à présent un traitement antiviral efficace, qui consiste en PEG-Interféron et en ribavirine. Prise en entier, la posologie recommandée accroît le taux de résultats satisfaisants[33,34,35]. Les taux actuels de clairance du VHC varient entre 42 et 80 pour cent selon le génotype du virus[36]. Même si le VHC n'est pas complètement éliminé, un traitement antiviral de 24 ou 48 semaines, qui peut être prolongé jusqu'à 72 semaines s'il est conseillé cliniquement, peut de manière considérable améliorer la fonction hépatique et freiner la progression de la maladie[37]. Des études ont également révélé qu'un tel traitement est rentable, compte tenu des avantages qu'il procure aux personnes vivant avec le VHC en termes d'espérance de vie et de productivité[38]. À l'heure actuelle, cependant, de nombreux patients admissibles à un traitement n'y ont pas accès ou l'interrompent pour un éventail de motifs différents, par exemple des soins et un soutien psychosocial inadéquats pendant leur traitement, des évènements indésirables débilitants, ainsi que des troubles concomitants tels que des problèmes de santé mentale et de toxicomanie[39,40].

Les résultats du traitement sont également conditionnés par les déterminants sociaux de la santé comme l'itinérance, une mauvaise nutrition, la pauvreté, le stress et le manque d'éducation, de revenu et de soutien social. Les déterminants sociaux de la santé ont un effet considérable sur la prédisposition de certaines personnes et de certains groupes à la maladie, ainsi que sur la façon dont ils vivent la maladie et en relèvent. Les déterminants sociaux de la santé peuvent rendre une personne plus sujette à la maladie, multiplier les complications et prolonger le délai de guérison[41].

Objectif 1 : Accroître l'accès au traitement et aux soins dans la lutte contre le VHC pour les personnes et les groupes à risque élevé.

Souvent, les utilisateurs de drogues ont un accès inadéquat aux services de santé. Il leur faut des services de soutien supplémentaires pour favoriser leur assiduité au traitement et les y préparer[42]. Bien que 42 à 80 pour cent des personnes qui terminent leur traitement parviennent à éliminer le virus, souvent les méthodes actuelles négligent d'importants facteurs sous-jacents – comme la toxicomanie, la santé mentale, l'état nutritionnel, les troubles concomitants et la pauvreté – qui ont un effet considérable sur le degré de préparation et l'assiduité au traitement. L'intervention précoce en matière de tests et de counseling est un élément crucial du continuum de soins et de traitements. Il faut accroître l'accès au traitement chez les groupes à risque élevé en examinant les lacunes du continuum de services sociaux et de santé si l'on veut améliorer les résultats sur le plan de la santé et réduire le nombre de personnes présentant une forme active du VHC et les nouvelles infections en Ontario.

Les principaux facteurs qui accroissent le risque d'hépatite C sont les pratiques et les comportements des utilisateurs de drogues injectables (UDI). Les personnes qui s'adonnent à la drogue s'exposent aussi à l'alcoolisme, aux troubles psychiatriques et à l'instabilité psychosociale[43]. C'est pourquoi on a toujours pensé que le traitement de l'hépatite C avait peu de chances de réussite au sein de ce groupe marginalisé. Pourtant, des études ont démontré qu'à condition d'être suivis de près, les clients présentant des problèmes sociaux et de santé mentale complexes affichent au traitement un taux de réussite semblable à celui observé dans l'ensemble de la population[44,45,46]. Il est également établi que le soutien infirmier fait passer de 30 à 90 pour cent l'assiduité au traitement[47].

Le Programme ontarien de soins infirmiers contre l'hépatite (POSICH) a été mis en place pour développer la capacité à traiter l'hépatite C dans les collectivités ontariennes à forte prévalence et insuffisamment desservies. Les soins fournis par les infirmières de ce programme visent à donner à un plus grand nombre de personnes vivant avec le VHC l'accès au traitement qui peut leur procurer une meilleure qualité de vie et réduire ou prévenir les complications graves. Ce programme, axé sur le soutien et l'étroite surveillance des clients à toutes les étapes du traitement, permet un degré plus élevé de préparation et d'assiduité et améliore ainsi les résultats cliniques.

De plus, les infirmières du POSICH consignent les données standard sur l'hépatite C et son traitement – informations particulièrement utiles qui orienteront les futures initiatives de prévention et de traitement et qui contribueront au développement de normes de soins.

Recommandation : Élargir le Programme ontarien de soins infirmiers contre l'hépatite à 35 infirmières.

Le document intitulé *La prise en charge de l'hépatite C chronique : Des lignes directrices consensuelles* (2007) recommandait l'intervention d'une équipe multidisciplinaire dans le soin et le traitement des personnes vivant avec le VHC afin d'accroître l'assiduité au traitement. Cette stratégie avait également été reconnue parmi les priorités lors de consultations communautaires. Les ressources humaines requises pour fournir un continuum adéquat de soins et de traitements comprennent[G] :

- un médecin spécialiste (p. ex., gastroentérologue, hépatologue, infectiologue);
- un médecin de première ligne;
- une infirmière en traitement du VHC;
- un nutritionniste;
- un psychiatre ou un psychologue;
- un conseiller en santé mentale et toxicomanie;
- un chargé ou gestionnaire de cas;
- des travailleurs d'approche pour la lutte contre le VHC;
- des coordonnateurs communautaires de la lutte contre le VHC.

La section 2.4 définit le complément de soutien requis pour veiller sur les déterminants sociaux de la santé. Le MSSLD a décentralisé certains piliers du système de santé à travers les RLISS (réseaux locaux d'intégration des services de santé) et encouragé les pratiques cliniques à se regrouper en équipes Santé familiale composées de médecins, de spécialistes et de professionnels paramédicaux. Le modèle proposé pour la population plus à risque de contracter le VHC est le « tout en un », en vertu duquel des équipes réparties dans la province s'ajouteraient à une équipe centrale fonctionnelle réunissant médecins, infectiologues, hépatologues, gastroentérologues, infirmières, professionnels en santé mentale et toxicomanie, gestionnaires de cas, administrateurs et autres personnels nécessaires pour servir un groupe de patients nécessitant des services sociaux et de santé complexes.

Ces équipes multidisciplinaires s'apparenteraient à celles des CSC, des réseaux Santé familiale, des cliniques du diabète et des services de consultations externes spécialisés dans le VIH. Leur implantation pour le soin, le traitement et le soutien des patients est conforme aux modèles éprouvés de prestation de soins pour les affections complexes et élargirait l'accès à un éventail de professionnels de la santé. En plus des services médicaux, la plupart des personnes vivant avec le VHC doivent avoir accès à une gamme de services sociaux. Une approche holistique de la prestation de soins et de traitements à ces personnes, souvent atteintes de troubles concomitants, optimiserait les résultats thérapeutiques. Par exemple, les groupes plus à risque ont besoin d'aide pour obtenir une carte Santé, la couverture des médicaments et l'accès aux services de santé mentale et de toxicomanie.

Cette approche holistique pourrait être élargie en coordonnant les services de santé primaires – comme ceux des équipes intégrées évoquées plus haut – avec des services sociaux tels que l'orientation professionnelle et l'aide au logement. La vulgarisation des outils d'évaluation générale comme ceux actuellement à l'essai en santé mentale aiderait ces équipes à comprendre les besoins des personnes vivant avec le VHC ou risquant l'infection par ce virus.

Recommandation : Adopter une approche holistique, notamment un modèle multidisciplinaire et un éventail de services de soutien, pour dispenser des soins et un traitement complets aux personnes infectées par le VHC en milieux de soins actifs, communautaires et institutionnels comme les établissements correctionnels provinciaux.

[G] La liste des ressources humaines n'est pas présentée par ordre de priorité.

Partout en Ontario on devrait pouvoir recevoir les meilleurs soins possible pour l'hépatite C. L'étendue du territoire et la répartition des services de santé posent un problème aux habitants des collectivités rurales et éloignées qui n'ont pas accès aux soins nécessaires dans leur région.

Le MSSLD, à travers son Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales, couvre partiellement les frais de déplacement des personnes admissibles qui doivent parcourir de longues distances en Ontario ou au Manitoba pour y recevoir des services spécialisés assurés qui sont indispensables d'un point de vue médical mais non disponibles dans leur région.

À moins de recevoir à l'avance l'aide financière d'un organisme externe désigné par le Programme, les personnes admissibles paient leurs frais de transport et se les font rembourser. Les subventions de déplacement sont calculées en fonction de la distance aller-retour parcourue par la route, moins une franchise de 100 kilomètres. Elles ne couvrent pas les repas ni l'hébergement. Si un organisme externe désigné avance une somme à un client admissible, il demande la subvention au nom de son client.

La pénurie de médecins spécialisés dans le traitement de l'hépatite C dans les régions rurales et éloignées de l'Ontario crée aussi un obstacle. Pour résoudre ce problème, il faut intégrer des modèles novateurs de prestation de soins de santé, telle la télémédecine, qui peuvent mettre les médecins et les clients des régions éloignées en rapport avec les spécialistes de l'hépatite C des centres urbains.

Le Réseau Télémédecine Ontario (RTO) assure la prestation de services de santé et d'éducation par systèmes de vidéoconférence interactifs et emploie des instruments de télédiagnostic ultramodernes tels que stéthoscopes et otoscopes numériques, caméras haute résolution pour l'examen des patients, matériel endoscopique et installations d'imagerie numérique qui permettent le transfert de données entre utilisateurs dans les centres urbains, ruraux et éloignés de la province[48].

La télémédecine fait évoluer la prestation des soins de santé et l'éducation en Ontario en mettant les patients et les professionnels face à face, quelle que soit la distance qui les sépare. Les rendez-vous cliniques en télémédecine deviennent aussi faciles à organiser et à respecter que les consultations traditionnelles dans les cabinets de professionnels de la santé[49].

Plus de 2 000 professionnels de la santé prodiguent des soins en plus de 615 points de la province par l'entremise du RTO. En 2008, plus de 42 000 consultations cliniques ont été offertes en télémédecine en Ontario[50].

Le recours à des modèles novateurs de prestation de services aiderait à assurer des soins de santé accessibles à tous les Ontariens touchés par l'hépatite C, sans égard à leur lieu de résidence. Ces modèles peuvent générer des économies s'ils emploient l'infrastructure existante pour accroître l'accès aux services de santé. De plus, l'adoption à plus vaste échelle d'un modèle comme la télémédecine engendrerait assurément une baisse du recours au Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales et, donc, une nouvelle diminution des coûts.

Recommandation : Augmenter l'utilisation de modèles novateurs de prestation de soins de santé pour réduire les obstacles géographiques liés au soin et au traitement de l'hépatite C.

Objectif 2 : Mettre en oeuvre des lignes directrices pour la prise en charge clinique des infections par le VHC et un algorithme de traitement élargi pour les fournisseurs de soins de santé.

Bien que les lignes directrices consensuelles sur la prise en charge des infections chroniques par le VHC aient été mises à jour en juin 2007, les fournisseurs de soins de santé ne sont pas tous familiers avec celles-ci ou avec les changements importants concernant les décisions cliniques. Les algorithmes définis dans les lignes directrices en vigueur doivent également être élargis de façon à inclure des tests de dépistage du VHC, des examens supplémentaires en cours de traitement, ainsi qu'un suivi clinique incluant des palliatifs pour les personnes qui ne réagissent pas au traitement ou qui rechutent.

Recommandation : Assurer un soutien continu pour l'élaboration permanente, l'adoption et la mise à jour régulière des lignes directrices consensuelles nationales[51] qui permettent de faire connaître les progrès thérapeutiques.

La transplantation hépatique pour les personnes vivant avec le VHC (ou co-infectées par le VIH) et recevant un traitement à la méthadone ou présentant d'autres indicateurs qui auparavant les empêchaient de devenir des candidats viables à cette intervention, posait un problème par le passé et demande une orientation précise fondée sur les données cliniques actuelles.

Si l'amélioration des résultats thérapeutiques ne permet pas d'éliminer totalement les transplantations hépatiques pour les personnes atteintes du VHC, elle en réduira la fréquence. Ainsi, les dons de foies augmenteraient, ce qui améliorerait l'accès à la transplantation pour les personnes qui en ont besoin. Éventuellement, ceci ouvrirait l'accès à la transplantation hépatique pour celles auxquelles la possibilité de subir cette intervention a été refusée auparavant en raison des comportements répandus chez les personnes infectées par le VHC.

Dans sa recherche documentaire et les mesures qu'il préconisait en matière de transplantation d'organes pour les patients infectés par le VIH, le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida (CCOLVS) a recommandé que le ministre de la Santé et des Soins de longue durée adopte publiquement pour principe de considérer comme des candidats viables à la transplantation d'organes les personnes porteuses du VIH, y compris celles co-infectées par le virus de l'hépatite B ou C, dans la mesure où elles répondent aux critères d'admissibilité et peuvent bénéficier d'un traitement antirétroviral efficace après l'intervention chirurgicale[52].

Recommandation : Examiner les pratiques exemplaires et les données cliniques actuelles sur la transplantation hépatique pour les personnes vivant avec le VHC et atteintes d'une maladie hépatique avancée. Communiquer ces résultats aux fournisseurs de soins de santé et aux organismes communautaires desservant les personnes vivant avec le VHC ou le VIH.

Le Sous-groupe de travail sur les questions cliniques du GTOHC (Groupe de travail ontarien sur l'hépatite C) peut poursuivre sa collaboration avec les médecins traitants et les spécialistes compétents – y compris gastroentérologues, hépatologues et infectiologues – et élaborer un algorithme de traitement standard élargi ainsi qu'un outil de prise en charge du VHC pour les fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Il s'agirait notamment de faire des recommandations aux intervenants externes compétents

(comme l'Ontario Medical Association, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario) et aux responsables des programmes ministériels sur l'intégration de ces documents dans les programmes de formation prévus pour les fournisseurs de soins de santé.

L'algorithme de traitement élargi peut définir chaque étape du processus thérapeutique, notamment : le dépistage d'anticorps anti-VHC; la méthode PCR (réaction en chaîne par polymérase) de détermination de l'ARN du VHC; le counseling thérapeutique; les décisions concernant la durée appropriée du traitement; l'évaluation après le traitement et au-delà.

Recommandation : Collaborer avec les spécialistes compétents et les médecins traitants de première ligne à la mise en oeuvre de lignes directrices à jour et d'un algorithme de traitement standard pour aider les fournisseurs de soins de santé dans la prise en charge des patients infectés par le VHC prêts à recevoir un traitement.

Objectif 3 : Améliorer l'accès à un traitement de l'hépatite C qui reflète la pratique clinique actuelle et les données émergentes.

L'accès aux traitements contre l'hépatite C en vertu du Programme d'accès exceptionnel (PAE) du Programme de médicaments de l'Ontario est un processus qui exige actuellement beaucoup de temps et d'efforts. Pour améliorer l'accès au traitement et aux données recueillies sur le traitement de l'hépatite C, il nous faut :

- plus de souplesse;
- un mécanisme efficace pour l'acquisition des médicaments;
- la capacité de surveiller les résultats des traitements liés à l'hépatite C.

Les Programmes publics de médicaments de l'Ontario (PPMO) ont récemment terminé une révision des critères d'admissibilité des médicaments approuvés pour le traitement de l'hépatite C chronique. Cette révision s'appuyait sur une évaluation par un comité d'experts du MSSLD (le Comité d'évaluation des médicaments), l'opinion d'experts en traitement de l'hépatite virale, les lignes directrices consensuelles de 2007 sur la prise en charge de l'hépatite C chronique, ainsi que l'opinion experte du Sous-groupe de travail sur les questions cliniques du GTOHC.

Hélas, de nombreux changements proposés par le Sous-groupe de travail sur les questions cliniques du GTOHC n'ont pas été intégrés dans les nouveaux critères. Ceux-ci continuent d'ailleurs de rendre difficile l'admissibilité à une aide financière pour les clients infectés par le virus des génotypes 1 et 4.

Les critères actuels exigent que les clients aient au moins deux résultats élevés au test de l'ALT (plus de 1,5 fois la limite supérieure des résultats normaux) au cours des six mois précédents OU une fibrose à la biopsie (stade 2 ou plus en score Metavir). La difficulté ici : si un client a une ALT normale, les critères exigent une biopsie effractive pour confirmer une fibrose de stade 2 ou plus.

Les critères ne doivent pas créer de distinctions injustes à l'égard des personnes qui ont de la difficulté à accéder aux biopsies et ainsi empêcher leur admissibilité dans le cadre du PAE[53]. Les critères fondés sur les résultats de la biopsie peuvent retarder ou empêcher le traitement des clients du Nord de l'Ontario infectés par le génotype 1.

Il est important de noter que le génotype 1 est prévalent au Canada parmi les personnes qui font ou ont fait l'usage de drogues. Le partage de matériel destiné à l'usage de drogues est également le principal facteur de risque pour l'acquisition de l'hépatite C. De nombreux usagers de drogues appartiennent à une communauté marginalisée qui n'a ni l'assurance privée ni les moyens financiers nécessaires pour couvrir eux-mêmes le coût de leur traitement contre le VHC. Si les personnes formant le plus grand foyer d'infection par le VHC n'ont pas accès au traitement, le réservoir de transmission continuera à prendre de l'ampleur[54].

Un accès égal, dans la province, aux biopsies et aux tests qui les remplacent permettrait à tous les clients de demander la participation au PAE.

Les nouveaux critères ne permettent pas non plus de proposer un traitement aux « répondeurs lents », ces patients infectés par le génotype 1 qui réduisent leur charge virale de 2 log après 12 semaines de traitement et qui atteignent une charge virale négative à la 24e semaine. Une analyse de rapports d'études connexes a démontré que le fait d'étendre un traitement de 48 semaines à 72 semaines augmente pour les répondeurs lents les chances d'obtenir une réponse virologique soutenue (RVS). L'une de ces études indique une RVS dans 38 pour cent des cas lorsque le traitement dure 48 semaines, contre 63,5 pour cent quand il est de 72 semaines (P = 0,068). Les répondeurs lents regroupent 22 pour cent des clients infectés par le VHC et doivent prolonger leur thérapie à 72 semaines pour atteindre les taux supérieurs de RVS[55].

Recommandation : Poursuivre le dialogue entre le groupe d'étude sur les questions cliniques du GTOHC, le Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C et les PPMO pour lever les obstacles liés aux critères actuels du PAE, afin d'assurer à tous les Ontariens vivant avec l'hépatite C un accès égal au traitement contre le VHC.

Pour les médecins traitants qui exploitent une pratique établie et reconnue de traitement du VHC, un dispositif d'accès simplifié augmenterait la liberté de se fonder sur leur jugement clinique et les données actuelles pour orienter le traitement – sans perdre de vue les critères et les lignes directrices en vigueur – et offrir l'assurance de la qualité.

Le déploiement d'un dispositif d'accès simplifié viserait à offrir un traitement contre l'hépatite C dans les meilleurs délais, ce qui améliorerait la prestation des soins de santé pour les personnes entreprenant ce traitement.

Recommandation : Établir un dispositif d'accès simplifié dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) pour le traitement de l'hépatite C.

Un engagement à surveiller les résultats du traitement pourrait être intégré aux nouvelles ententes d'inscription. La collecte de données de meilleure qualité sur les résultats pourrait favoriser l'élaboration des politiques et la prestation des traitements. Il est crucial de définir et de surveiller au préalable les facteurs atténuants qui engendreront un traitement plus réussi.

Recommandation : Établir avec les fabricants de médicaments des ententes d'inscription auprès des PPMO assorties d'un engagement à surveiller les résultats des traitements.

2.2 Prévention

Cible : Réduire la transmission du VHC en Ontario.

L'Ontario a de bonnes initiatives de prévention du VHC fondées sur des données probantes, comme les programmes d'échange de seringues, mais elles ne sont pas toujours accessibles aux groupes à risque élevé. Pour réduire la transmission du VHC, il faudra une mise en oeuvre cohérente et coordonnée des initiatives de réduction et de prévention des méfaits du virus. Les programmes d'échange de seringues et autres programmes visant à réduire les méfaits et l'incidence du VHC et d'autres pathogènes transmissibles par le sang devraient être accessibles dans chaque bureau de santé.

Objectif 1 : Accroître l'accès aux ressources pour la réduction des méfaits.

Des données scientifiques révèlent que la réduction des méfaits liés à la consommation de drogues peut réduire la transmission du VHC, du VIH et d'autres pathogènes à diffusion hématogène et améliorer les résultats en matière de santé. Le Programme ontarien de distribution des ressources pour la réduction des méfaits (PODRRM) achète, pour la préparation et l'utilisation de drogues injectables, du matériel qu'il distribue gratuitement, sur demande, aux programmes locaux partageant le même objectif. Cependant, de nombreuses personnes présentant un risque d'infection par le VHC n'ont pas accès à ces outils de prévention éprouvés, ou du moins pas toujours[56].

Un programme complet de réduction des méfaits, notamment une plus vaste participation au PODRRM et un accès amélioré à ce matériel dans divers milieux, serait élaboré en collaboration avec les bureaux de santé, les programmes d'échange de seringues et les organismes communautaires – y compris les CSC – au service des personnes qui s'adonnent à la drogue. Ce programme comprendrait des mesures pour l'élimination appropriée du matériel de réduction des méfaits.

Le PODRRM serait lié aux initiatives locales de réduction des méfaits pour assurer, en Ontario, des activités mieux coordonnées et plus cohérentes de prévention du VHC et de sensibilisation au problème. Il mettrait également à profit les activités locales de recherche et d'évaluation dont découlent les données à la base des politiques et des programmes.

Non seulement l'accès élargi à ce matériel procure des outils efficaces pour réduire la transmission du VHC, mais il s'est avéré capable d'accroître l'accès aux autres soins, traitements et services de soutien nécessaires aux personnes de ce groupe, dont bon nombre sont confrontées à des difficultés d'accès aux services dans les milieux de soins plus traditionnels[a].

- Par exemple, plusieurs effets positifs ont été associés au programme lors d'une évaluation complète et indépendante menée par le service de santé publique d'Ottawa dans le cadre de l'Initiative pour l'usage plus sécuritaire de crack et d'entretiens personnels réalisés auprès de 550 fumeurs et fumeuses de crack six mois avant la mise en œuvre du programme, puis un mois, six mois et 12 mois après. Citons notamment : une baisse statistiquement significative de la fréquence de l'usage ou du partage par plusieurs personnes de matériel à fumer le crack – une pratique que les données épidémiologiques associent au VIH ainsi qu'à la transmission et à l'acquisition du VHC.

[a] Plusieurs obstacles à l'accès ont été relevés lors des 13 consultations communautaires menées en Ontario, notamment les attitudes et les comportements des fournisseurs de soins de santé, empreints de préjugés, et leur réticence à traiter les personnes vivant avec le VHC pour des considérations comme la capacité de traitement ou la coordination avec d'autres professionnels pour répondre aux besoins complexes en services sociaux et de santé d'un grand nombre d'entre elles.

- Une tendance moins répandue à s'injecter des drogues et plus forte à les fumer – méthode d'administration beaucoup moins risquée.

Les ressources proposées pour mieux protéger les fumeurs de crack ont généré parmi les hommes et les femmes qui fument cette drogue plus de 4 000 contacts avec un programme leur offrant une gamme complète d'outils pour les aider à prendre leur santé en main.

Après l'abolition de ce programme par le Conseil de la santé d'Ottawa en juillet 2007, le MSSLD a octroyé un financement afin de continuer la distribution de matériel pour une inhalation sécuritaire aux usagers de drogues à Ottawa. Le programme actuel, fondé sur des données probantes et offert dans les locaux du CSC Somerset Ouest, est fonctionnel depuis juin 2008.

La distribution d'un éventail complet de matériel de réduction des méfaits pour prévenir la transmission de maladies et les autres méfaits est conforme aux recommandations formulées dans le document *Programmes d'échange de seringues de l'Ontario : Guide des meilleures pratiques* (mars 2006). Ce document, dans lequel sont citées les nombreuses études qui appuient la distribution de matériel pour une inhalation plus sécuritaire, est très respecté à l'échelle nationale et internationale.

Pour appuyer une préparation et des pratiques d'injection plus sécuritaires, les programmes d'échange de seringues devraient être élargis dans les régions de la province où l'utilisation de drogues injectables est problématique. La distribution de matériel pour une inhalation plus prudente devrait être chose courante dans les bureaux de santé de l'Ontario et les autres organismes communautaires locaux qui appuient les efforts de prévention du VHC.

Recommandation : Élargir l'accès aux outils de réduction des méfaits (y compris le matériel pour inhalation plus sécuritaire et les documents d'information) pour les usagers de drogues.

Pour les personnes incarcérées, les politiques et les pratiques en vigueur dans les établissements correctionnels présentent d'importants obstacles qui les empêchent d'utiliser systématiquement du matériel permettant de réduire les méfaits, comme des seringues stériles, des fournitures propres pour la préparation de drogues et des accessoires plus sécuritaires pour la consommation de drogues inhalées. L'interdiction de posséder des seringues dans les établissements correctionnels, par exemple, prive les UDI de l'accès à l'outil le plus important dans la prévention du VHC[57]. La collaboration entre le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels (MSCSC), le Bureau de lutte contre le sida, le Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C et la Division de la santé publique peut favoriser le débat et les pratiques exemplaires sur l'intensification de l'action sociale et des activités de sensibilisation requises pour fournir en quantités suffisantes, aux usagers de drogues et aux autres groupes à risque élevé des établissements correctionnels, tout le matériel destiné à la réduction des méfaits selon les données disponibles. Ces groupes pourraient aussi travailler avec le personnel des services correctionnels pour examiner les questions de sécurité en milieu de travail liées à ces programmes, comme l'emploi de pratiques de tatouage non sécuritaires parmi les personnes incarcérées.

Le HIV and Corrections Working Group[1] a déjà produit un dépliant sur les maladies infectieuses pour mieux faire connaître le VHC dans les établissements correctionnels provinciaux. Nous encourageons cette démarche.

Le dépistage systématique du VHC et d'autres infections ou maladies possibles n'est pas obligatoire dans les prisons. Les tests sont offerts aux personnes incarcérées qui les réclament. Ils peuvent mener au diagnostic et au traitement de n'importe quelle maladie et, au final, réduire le risque de transmission à d'autres membres de la population carcérale. De plus, le traitement pourrait être accompagné d'autres services de soutien et d'éducation pouvant entraîner d'autres résultats favorables sur le plan social et de la santé.

Comme la plupart des personnes détenues dans une prison finissent par réintégrer la collectivité, il est dans leur intérêt et dans celui de la collectivité de se pencher sur les forts taux de prévalence du VHC parmi les individus détenus dans les établissements correctionnels de l'Ontario. Les pays qui ont mis en œuvre des programmes d'échange de seringues et d'autres mesures de réduction des méfaits en milieu carcéral ont réduit considérablement la transmission du VHC. Cependant, les milieux correctionnels canadiens ont pris peu de mesures de prévention de ce genre, fondées sur des données probantes[58]. On se penchera sur les problèmes d'accès aux programmes d'échange de seringues, aux autres ressources servant à la préparation de drogues et aux trousses de tatouage et de perçage corporel – y compris les problèmes de sécurité en milieu de travail – en collaboration avec le MSCSC. L'objectif est de veiller à ce que les personnes incarcérées aient le même accès que les autres Ontariens et Ontariennes à l'information et au matériel de réduction des méfaits, conformément aux recommandations de l'Association médicale canadienne, de l'Ontario Medical Association, de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Recommandation : Encourager une nouvelle collaboration entre le Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C, le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, le Bureau de lutte contre le sida et la Division de la santé publique afin de faciliter l'accès aux outils de réduction des méfaits (y compris les documents d'information) à travers des pratiques exemplaires de prévention, de dépistage et de traitement du VHC pour les détenus des établissements correctionnels.

Le MSSLD devrait entamer le dialogue sur l'expérience policière entre le MSCSC et les services de police afin qu'ils puissent s'entendre sur les politiques et les protocoles à suivre pour les surdoses, les mises en garde concernant la drogue et les plaintes visant la police. Ce dialogue devrait également comprendre une formation pratique avec la police pour lui fournir les outils favorisant une intervention plus efficace auprès des usagers de drogues[59].

Les méthodes policières liées à la saisie du matériel destiné à l'usage de drogues sont aussi perçues comme un obstacle par les personnes qui souhaiteraient voir les usagers de drogues prendre des précautions sanitaires pour prévenir l'acquisition et la transmission du VHC. Il conviendrait d'évaluer et de rectifier, au besoin, les pratiques policières, les lois et les autres obstacles structuraux susceptibles de gêner l'accès au matériel de réduction des méfaits pour les groupes à haut risque d'infection par le VHC.

[1] Le HIV and Corrections Working Group comprend : le Bureau de lutte contre le sida, le MSCSC, le Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C, l'Agence de la santé publique du Canada, les services correctionnels fédéraux et divers représentants d'organismes communautaires qui collaborent étroitement avec les clients des services correctionnels.

Recommandation : Collaborer avec le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels (MSCSC) pour examiner les pratiques policières dans la collectivité ainsi que la législation pertinente et mettre en œuvre des stratégies pour supprimer les obstacles structuraux à la prévention du VHC.

Objectif 2 : Élaborer, élargir et appuyer les services d'approche pour ies clients à haut risque de contracter le VHC.

Les services d'action sociale pour les personnes à haut risque de contracter et de transmettre le VHC et d'autres pathogènes transmissibles par le sang sont essentiels dans la réduction des méfaits. Les travailleurs des services d'approche ayant acquis une expérience auprès de cette population pourraient veiller à ce que les renseignements, les services et le soutien nécessaires à la prévention soient accessibles et effectivement dispensés.

Les programmes d'approche sont particulièrement cruciaux pour les interventions en prévention du VHC et en éducation au sein des populations le plus à risque pour le VHC. La prévention et l'intervention restent le moyen le plus rentable de lutter contre le VHC en Ontario.

Recommandation : Augmenter le financement, pour développer les services d'approche actuels et élaborer et diffuser de l'information et un soutien aux organismes travaillant à la prévention de l'hépatite C auprès des populations à risque.

2.3 Éducation

Cible : Mieux faire connaître et mieux faire comprendre le VHC.

Environ le tiers des personnes vivant avec le VHC ne savent pas qu'elles l'ont, car dans bien des cas elles restent asymptomatiques pendant des années après l'infection. Les consultations communautaires ont fait ressortir comme une priorité urgente le besoin de relever le niveau de connaissances en prévention, en traitement et en soin du VHC parmi les fournisseurs de soins de santé, les autres parties prenantes et les populations à haut risque (comme les usagers de drogues). Les programmes d'éducation doivent éliminer les obstacles que rencontrent les communautés ethnoculturelles en ce qui concerne l'accès à une information adaptée à leur culture pour la prévention du VHC et les autres soins, traitements et services de soutien utiles.

Le MSSLD a lancé deux campagnes distinctes d'information publique. Des annonces ont été diffusées à la télévision et dans les journaux pour augmenter la sensibilisation au VHC. Ces annonces visaient surtout à mieux faire comprendre au public l'hépatite C et les facteurs de risque associés à cette infection, ainsi que les méthodes de prévention et de traitement possibles. Les annonces à la télévision ont été diffusées pendant six semaines et s'accompagnaient d'une trousse personnelle d'autoévaluation des risques sur un site Web du MSSLD. La publicité était axée sur l'ensemble de la population. L'attention du public a été attirée vers ce site Web pendant la campagne publicitaire, mais les visites ont diminué quand celle-ci s'est terminée.

La seconde campagne d'information propose une trousse d'outils complète renfermant du matériel et des ressources pour la prévention, l'éducation et la réduction des méfaits à l'intention des populations à haut risque comme les usagers de drogues, les jeunes, les collectivités autochtones et les personnes détenues

en prison. Le site Web de la trousse d'outils et le matériel proposé varient par leur contenu, leur format, leur niveau de langue et le public visé. Cette variété permet aux fournisseurs de services de sélectionner les documents les mieux indiqués pour les collectivités desservies.

Les groupes qu'il est le plus urgent d'informer sont les fournisseurs de soins de santé, les personnes infectées par le VHC ayant immigré de pays à forte prévalence de VHC ou ayant visité de tels pays, les personnes à risque élevé d'infection par le VHC, notamment les usagers de drogues, ainsi que les particuliers et les commerces s'adonnant à des activités à haut risque telles que le tatouage et le perçage corporel informels.

On devrait envisager un programme général d'éducation publique visant une meilleure sensibilisation aux conséquences et à l'ampleur du VHC en Ontario, la réduction des préjugés associés à l'infection par le VHC et un soutien accru du public à l'égard des investissements supplémentaires requis pour freiner la transmission du VHC. L'actuelle trousse d'outils et le site Web pour la prévention du VHC renferment des ressources ciblant les fournisseurs de soins de santé et les personnes vivant avec le VHC ou à risque de le contracter. Ces ressources peuvent être étoffées par d'autres documents d'information sur le VHC et des ressources locales pour les groupes particuliers identifiés dans la présente section.

Objectif 1 : Mieux faire connaître le VHC chez les groupes à haut risque, notamment les usagers de drogues.

La vaste majorité des nouvelles infections par le VHC s'expliquent par le manque de précautions sanitaires chez les usagers qui s'injectent des drogues ou les fument et par le partage du matériel qu'ils emploient à ces fins. Une éducation ciblée et des ressources pour la réduction des méfaits chez les usagers de drogues sont indispensables pour :

- mieux faire comprendre les modes de transmission du VHC;
- mieux faire comprendre comment prévenir la transmission du VHC;
- expliquer comment accéder aux services locaux de dépistage et de counseling;
- identifier les autres sources locales de soins, de traitement et de soutien, y compris les services de santé mentale et de toxicomanie.

La population d'usagers de drogues en Ontario n'est pas homogène. Les personnes qui font l'usage de drogues viennent de milieux diversifiés sur le plan culturel, linguistique et socioéconomique. Ainsi, une campagne de sensibilisation au VHC doit renfermer des messages clairs, normalisés et pertinents ou adaptables à l'éventail de communautés qui font partie de la population d'usagers de drogues de l'Ontario.

Rejoindre les usagers de drogues au moyen de documents d'information n'est pas une mince affaire, ceci en raison de la nature illicite de la consommation de drogues et des préjugés sociaux qui y sont associés. Aussi, pour optimiser leur utilité, les programmes et les documents d'information devraient être accompagnés d'interventions en prévention fondées sur des données probantes, comme les programmes d'échange de seringues, avec une attention toute spéciale à l'éducation des pairs et aux séances de formation d'instructeurs.

L'objectif clé de la campagne de sensibilisation au VHC devrait être de changer l'environnement de risque. Il faut pour cela veiller à ce que les documents soient pertinents et disponibles dans un vaste éventail de milieux, entre autres :

- les programmes d'échange de seringues;
- les bureaux de santé;

- les CSC;
- les cliniques médicales et autres milieux de soins primaires;
- les organismes communautaires, y compris ceux qui dispensent des programmes d'approche et d'autres services de soutien aux usagers de drogues et aux personnes qui n'ont pas de logement adéquat;
- les organsimes de services liés au sida;
- les organismes de toxicomanie et de santé mentale;
- les établissements correctionnels provinciaux.

S'il est vrai que les campagnes de sensibilisation au VHC s'attacheront principalement à faire comprendre que le partage du matériel servant à la préparation et à l'injection de drogues est la principale cause de transmission du VHC, les messages véhiculés dans leur cadre devraient également inclure de l'information sur le risque auquel s'exposent les personnes qui fument des drogues sans prendre de précautions sanitaires, ainsi que sur la transmission du virus par les rapports sexuels, le tatouage et le perçage corporel.

Recommandation : Élaborer et déployer une campagne de sensibilisation au VHC – en collaboration avec les programmes d'échange de seringues, les bureaux de santé, les organismes communautaires et les organismes de santé mentale et de toxicomanie – pour les adeptes d'activités à risque, les usagers de drogues et les personnes employant des pratiques non sécuritaires de tatouage et de perçage corporel.

Autochtones

Les peuples autochtones forment une population à risque en raison de leur surreprésentation dans le système carcéral et parmi les usagers de drogues.

Statistique Canada rapporte que les Autochtones sont surreprésentés dans les établissements correctionnels fédéraux et provinciaux et suggère que, si cela s'explique en partie par leur accès moins libre à l'éducation et aux possibilités d'emploi, les « autres facteurs pourraient comprendre notamment le revenu, le logement et le processus judiciaire »[60]. Le Réseau canadien autochtone du sida a également cité le racisme et l'effet de la colonisation parmi les causes de cette surreprésentation[61].

Selon une recherche documentaire réalisée en 1998 par Santé Canada, « On a décrit 'l'abus des substances' comme étant une des manifestations de 'l'aliénation' des autochtones [sic] »[62]. Si cette recherche documentaire évoquait un manque de données sur l'usage de drogues au sein de cette population, comparativement à l'information disponible sur sa consommation d'alcool, elle notait une augmentation de l'usage de stupéfiants[63]. L'Assemblée des Premières Nations a indiqué que l'usage de drogues illicites peut être deux fois plus important que dans l'ensemble de la population[64]. Ceci augmente, pour les Autochtones, les possibilités d'exposition au VHC en raison des comportements à haut risque associés à l'incarcération et à l'usage de drogues[65].

Dans la mesure où l'Ontario ne collecte pas systématiquement de données sur l'ethnicité des personnes atteintes d'hépatite C, il est difficile de déterminer la prévalence du VHC au sein de la population autochtone[66]. Des études suggèrent que les populations autochtones peuvent présenter un taux plus élevé de clairance spontanée[67]. Cependant, une étude axée sur une population donnée laisse penser que le taux d'infection par le VHC est plus élevé chez la population autochtone (de 1 à 18 pour cent) que chez le reste de la population canadienne (de 0,5 à 2 pour cent)[68].

Il est donc essentiel de mettre l'accent sur la prévention au sein de la population autochtone au moyen de programmes et de documents d'information conçus pour transmettre un message percutant aux populations autochtones de l'Ontario et de les sensibiliser à l'hépatite C d'une manière adaptée à leur culture. Des programmes d'information ciblés conçus en partenariat avec les réseaux déjà au service des Autochtones favoriseraient le développement de l'expertise, aideraient à prévenir la transmission continue du virus, réduiraient les préjugés associés à l'hépatite C et proposeraient un accès aux soins adapté à la culture de cette population, à son histoire et à ses circonstances uniques.

Populations carcérales

En Ontario, le taux de prévalence de l'hépatite C a été estimé à 17 pour cent parmi les personnes détenues dans les prisons provinciales et à 54,7 pour cent chez les détenus ayant des antécédents d'usage de drogues injectables. Le milieu carcéral est tout indiqué pour l'éducation sur le VHC, la réduction des méfaits, le traitement et les soins, autant de mesures qui réduisent le risque de propagation de l'infection pendant l'incarcération et après la mise en liberté[69]. Un éventail d'études sur les prisons canadiennes indiquent des taux d'usage de drogues injectables qui varient entre 11 et 24 pour cent, et un usage de drogues global qui atteint 73 pour cent[70]. Sécurité publique Canada affirme que c'est en milieu carcéral que se trouve le plus grand nombre de toxicomanes au Canada[71]. De plus, ce milieu se prête particulièrement à la diffusion de messages de sensibilisation au VHC – comme les risques associés au tatouage et au perçage corporel en prison – et à la distribution de ressources pour la réduction des méfaits à une population clé[72].

Jeunes gens

L'usage de drogues est particulièrement élevé parmi les jeunes de la rue – ces enfants et adolescents qui sont socialement écartés de leurs homologues traditionnels et qui sont sans abri, de façon périodique ou de façon permanente[73]. Une étude canadienne suggère qu'en moyenne 20 pour cent des jeunes de la rue se sont injecté une drogue à un moment ou un autre. Les taux d'infection par le VHC chez les jeunes de la rue étaient de 4 à 17 pour cent[74], des niveaux nettement supérieurs au taux de prévalence de 0,8 pour cent estimé pour l'ensemble de la population[75].

En Ontario, les nouveaux cas d'infection par le VHC sont le plus nombreux chez les 20 à 39 ans et les taux de transmission sont approximativement deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes[76]. Étant donné que le partage de matériel pour l'usage de drogues est avec les pratiques non sécuritaires de tatouage et de perçage corporel le principal comportement à risque pour la transmission de l'hépatite C, il est important que les messages d'information et de prévention soient ciblés et attrayants pour les jeunes.

Le Secrétariat devrait collaborer avec la Division de la santé publique aux fins de l'éducation sur la prévention du VHC pour veiller à ce qu'elle soit offerte selon les Normes de santé publique.

Recommandation : Élaborer des documents d'information et des programmes d'intervention appropriés qui ciblent les populations à risque, particulièrement les Autochtones, les populations carcérales et les jeunes de la rue, afin qu'ils leur soient accessibles.

Pays à plus forte prévalence de VHC

Certains pays ont des taux de prévalence plus élevés que le Canada. Certaines de leurs pratiques culturelles et médicales peuvent entraîner un risque plus élevé de maladies transmissibles par le sang. L'Association canadienne pour l'étude du foie (ACEF), dans ses lignes directrices consensuelles de 2007 sur la gestion de l'hépatite C chronique, affirme que : « le taux estimatif annuel de mortalité liée à l'hépatite C et le taux de guérison après une thérapie sont inférieurs au nombre de nouveaux cas d'infection et au nombre de personnes infectées qui immigrent au Canada, ce qui signifie que la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) augmente et continuera de croître dans un avenir assez rapproché[77]. »

Il faut proposer des programmes d'éducation et de sensibilisation pertinents et adaptés à la réalité culturelle des personnes qui viennent de ces pays s'installer en Ontario, afin qu'elles puissent avoir un meilleur accès à l'information sur l'hépatite C.

En 2006, la Fondation canadienne du foie (FCF) et le Conseil ethnoculturel du Canada (CEC) se sont concertés pour mener le projet intitulé « Engager les communautés ethnoculturelles face à l'hépatite C ». Les renseignements recueillis dans le cadre de groupes de discussion ont fourni un éclairage sur le milieu social, la culture et le réseau de soutien social de chaque communauté ethnoculturelle identifiée. Ceci a aidé à recenser les meilleurs moyens d'engager chacune dans l'élaboration, la conception et la diffusion de documents d'information sur l'hépatite C qui soient adaptés à sa réalité culturelle. En particulier, ce projet a permis de mieux faire comprendre :

- les meilleurs moyens de transmettre des messages d'éducation en santé publique sur l'hépatite C aux communautés culturelles identifiées, soit les communautés chinoise, égyptienne, philippine et vietnamienne;
- les obstacles entravant l'accès à l'information sur l'hépatite C;
- le rôle des communautés ethnoculturelles dans l'éducation en santé publique;
- les attitudes face aux maladies transmissibles par le sang (comme l'hépatite C);
- les obstacles empêchant de bien comprendre la transmission, la progression et les effets à long terme de la maladie, ainsi que les mesures de prévention pour les personnes infectées et touchées par l'hépatite C dans les communautés culturelles chinoise, égyptienne, philippine et vietnamienne.

Ce projet identifiait également des acteurs communautaires disposés à faire avancer la connaissance de l'hépatite C et la sensibilisation au grave problème qu'elle pose en termes de santé publique. Il a reçu un accueil extrêmement favorable des membres des communautés identifiées et suscité un très vif intérêt pour l'hépatite C, une issue aux antipodes de la méconnaissance de l'hépatite C et du manque d'intérêt pour celle-ci dont les participants avaient fait preuve à l'amorce des groupes de discussions.

Les communautés sont hautement motivées à s'impliquer davantage dans cette question. Elles ont manifesté leur intérêt pour un complément d'information à jour sur l'hépatite C et leur désir de partager cette information avec leurs membres. Il est important de rester sur notre lancée et de ne pas perdre l'intérêt suscité pour l'hépatite C dans le cadre de ces groupes de discussion. Les communautés ont clairement fait savoir qu'il leur faudrait l'aide du gouvernement pour pouvoir s'engager de façon utile dans la lutte contre les difficultés que pose l'hépatite C pour elles-mêmes et pour la santé de tous les Canadiens.

Recommandation : Élaborer et déployer des campagnes utiles d'information et de sensibilisation à l'hépatite C pour les personnes qui ont voyagé ou vécu dans des pays où le taux de prévalence de l'hépatite C est élevé (plus élevé qu'au Canada) ou dans des pays en voie de développement.

Objectif 2 : Mieux faire comprendre les problèmes de traitements et de soins liés au VHC parmi les fournisseurs de soins de santé, notamment ceux des services de santé mentale et de toxicomanie.

Puisque l'Ontario dispose d'un nombre limité de fournisseurs de soins de santé qui traitent le VHC (hépatologues, infectiologues et gastroentérologues), il est important de veiller à :

- renforcer les connaissances et l'expertise clinique des médecins de première ligne et des autres fournisseurs de soins de santé qui dispensent des soins et des traitements liés au VHC;
- augmenter le nombre de fournisseurs de soins de santé capables de dispenser des soins et des traitements liés au VHC;
- aider les fournisseurs de soins de santé à offrir un accompagnement et à tenir compte des différences culturelles dans les soins et les traitements liés au VHC.

De même, il est important que le personnel des services de santé mentale et de toxicomanie (y compris celui des programmes de désintoxication) revoie les protocoles de prise en charge et confirme la disponibilité d'un counseling en matière de dépistage et de traitement du VHC afin que les clients puissent accéder au traitement le plus tôt possible et ainsi accroître leurs chances de réponse virologique soutenue (RVS).

Les médecins traitants ont par ailleurs recommandé l'instauration d'un programme d'éducation visant à relever le niveau de connaissances dans la communauté médicale au moyen d'initiatives telles qu'un programme de bourses de cliniciens-chercheurs, qui permettraient de former des médecins à la prise en charge de l'hépatite virale chronique et au rôle de chefs de file dans leur communauté locale. Au terme du programme d'un an, les médecins ayant reçu cette formation seraient experts dans tous les aspects de la prise en charge des personnes atteintes d'une hépatite virale, depuis l'évaluation initiale et le début de la thérapie jusqu'à l'évaluation de la réponse et à la gestion des effets secondaires. Cette approche ferait croître progressivement le nombre de médecins traitant le VHC en Ontario et réduirait le besoin en spécialistes pour le soin des patients vivant avec le VHC.

L'Ontario devrait élargir les programmes accrédités de formation médicale continue visant à mieux faire connaître les enjeux des soins et des traitements liés au VHC parmi les médecins. La formation médicale continue, actuellement offerte dans le cadre d'un programme de formation aux soins infirmiers pour le traitement du VHC, devrait être étendue aux infirmières et aux autres fournisseurs de soins de santé des établissements de soins actifs et communautaires. Les séances de formation devraient évoquer l'élaboration d'une approche multidisciplinaire faisant intervenir une équipe, un algorithme de traitement (énoncé, dans le présent projet de stratégie, dans la section consacrée au traitement) et aborder les questions d'actualité liées au VHC, notamment :

- l'identification et l'aiguillage précoces des personnes à risque vers les services de dépistage du VHC et de counseling;
- la prise en charge des cas de co-infection VHC-VIH;
- le dépistage et l'aiguillage adéquats des porteurs du VHC vers les programmes locaux de santé mentale et de toxicomanie, de réduction des méfaits (d'échange de seringues, par exemple) et autres services de soutien;
- l'effet de la consommation de drogues et d'alcool sur la progression de la maladie, ainsi que la préparation et l'assiduité au traitement;
- la détection précoce d'autres complications, tels les carcinomes.

Les lignes directrices de counseling et de dépistage du VHC en cours d'élaboration jetteront les bases d'un important volet de cette initiative.

Les consultations ont également permis de cerner un urgent besoin d'étendre la connaissance du processus de dépistage du VHC parmi les fournisseurs de soins de santé afin que les résultats révélant la présence d'anticorps anti-VHC chez les patients touchés soient suivis d'analyses PCR de l'ARN pour confirmer une infection active et son génotype viral. Il faut mettre au point et diffuser un protocole de dépistage pour les fournisseurs, y compris des lignes directrices sur la marche à suivre avant et après les tests, et voici pourquoi :

- les tests initiaux de dépistage d'anticorps anti-VHC et le suivi à effectuer au moyen de tests PCR d'identification de l'ARN doivent être ordonnés de façon plus systématique;
- les fournisseurs doivent comprendre que les tests de dépistage d'anticorps ne servent qu'à constater la présence d'anticorps anti-VHC, c.-à-d. une exposition antérieure et pas nécessairement une infection active;
- les fournisseurs doivent comprendre que la présence d'anticorps anti-VHC après la clairance du virus ne confère aucune protection contre une infection future;
- il ne faut demander l'avis d'un médecin versé dans le traitement du VHC que lorsque les résultats aux tests PCR d'identification de l'ARN confirment une infection active et son génotype;
- les fournisseurs doivent savoir quels renseignements inscrire sur les formulaires de demande de tests de laboratoire;
- les fournisseurs doivent savoir interpréter les résultats des tests et en faire le suivi sans faute.

Recommandation : Offrir aux médecins de famille et aux autres fournisseurs de soins de santé une formation médicale continue et diverses possibilités de formation visant à améliorer leur compréhension des soins et du traitement du VHC, en collaboration avec un organisme communautaire à vocation similaire.

Les personnes vivant avec le VHC se disent confrontées aux préjugés et aux actes discriminatoires des fournisseurs de soins de santé et d'autres responsables de la prestation de services[78]. Les séances de formation devraient comporter un volet sur la diversité pour susciter une meilleure prise de conscience des préjugés et de la discrimination auxquels sont soumises les personnes vivant avec le VHC (particulièrement celles ayant des antécédents d'usage de drogues injectables) et pour que les services de santé soient fournis sans discrimination et sans porter de jugement.

L'Ontario Medical Association, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, ainsi que les autres ordres professionnels et associations de professionnels paramédicaux concernés, seront consultés à propos des stratégies afin de maximiser la participation aux programmes de formation sur le VHC ciblant les fournisseurs de soins de santé.

Recommandation : Intégrer dans la formation globale proposée aux fournisseurs de soins de santé un volet sur la diversité et la façon de travailler auprès des patients visés sans porter de jugement et sans faire de discrimination.

De nombreuses personnes vivant avec le VHC ou présentant un risque d'infection par le VHC ont des problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie. En Ontario, les personnes à haut risque d'infection par le VHC devraient se voir proposer un dépistage et un counseling à divers points d'accès du système de santé, que ce soit par un programme de désintoxication, un CSC, un autre type d'organisme communautaire ou un médecin de famille.

Les programmes de désintoxication, en particulier, peuvent être importants pour rejoindre les clients à haut risque d'infection par le VHC. Ces programmes devraient être conçus de façon que le counseling sur le dépistage et le traitement du VHC soit prévu dans leurs procédures de prise en charge, afin que les clients puissent connaître leur statut en termes de VHC et, en cas de séropositivité, avoir accès à un traitement.

Recommandation : Travailler avec les services de santé mentale et de toxicomanie pour que tous les professionnels de ces services prévoient un counseling et un dépistage du VHC dans leur procédure de prise en charge, y compris l'aiguillage, au besoin, vers des médecins traitants locaux.

Objectif 3 : Mieux faire connaître et appliquer les pratiques de prévention et de contrôle des infections par perçage de la peau dans les milieux décrits dans les pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de services personnels[79].

Certains salons de tatouage et de perçage corporel et d'autres milieux proposant le perçage de la peau (comme les centres de détention et les établissements correctionnels) n'ont pas en place de pratiques adéquates de prévention et de contrôle des infections et peuvent pour cette raison contribuer à la propagation d'infections transmissibles par le sang, par exemple le VHC. Ce problème touche particulièrement les établissements correctionnels, où l'accès au matériel de stérilisation ou à des aiguilles stériles est inexistant ou insuffisant et où les pratiques inadéquates de nettoyage et de désinfection constituent la norme. Bien que ces précautions soient standard dans les établissements de soins de santé, des renseignements anecdotiques laissent penser que les lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne sont pas toujours suivies dans les autres milieux où est pratiqué le perçage de la peau et que cela contribue à de nouvelles infections.

Services de tatouage et de perçage corporel

Les salons de tatouage et les studios de perçage devraient être exhortés à utiliser des aiguilles à usage unique jetables, du matériel stérilisé et des capsules à usage unique. Le *Protocole de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de services personnels 2008*, élaboré dans le cadre des Normes de santé publique de l'Ontario 2008, exige que les conseils de santé locaux effectuent des inspections régulières de ces établissements, y compris une évaluation du risque au moins une fois l'an, et qu'ils donnent suite à toute plainte qu'ils reçoivent. La fréquence des inspections est proportionnelle aux résultats des inspections en termes de conformité aux règlements[81]. La santé publique pourrait surveiller plus souvent les pratiques des salons de tatouage et des studios de perçage corporel et assurer une surveillance supplémentaire pour prévenir la transmission de virus par les instruments et les fournitures utilisés dans ces établissements.

La Division de la santé publique du MSSLD a préparé de l'information sur le risque d'acquisition et de transmission du VHC et le besoin d'observer en toutes circonstances un emploi exemplaire du matériel et des fournitures de perçage et de tatouage (l'encre, par exemple).

Établissements correctionnels

Un programme d'éducation sur le VHC incluant de l'information sur :

- le risque de transmission du VHC par un retraitement incorrect du matériel;
- l'élaboration de pratiques adéquates de prévention et de contrôle des infections liées au perçage corporel et au tatouage dans les établissements correctionnels, en collaboration avec le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels et la Division de la santé publique.

Cette initiative devrait également comprendre de l'information sur :

- le risque de transmission de maladies par le sang, comme le VHC, en raison de pratiques d'injection non sécuritaires et du partage de matériel servant à la consommation de drogues;
- la façon de réduire le risque de transmission au moyen de stratégies appropriées de réduction des méfaits, y compris l'usage de trousses de tatouage et de perçage corporel.

Recommandation : Mieux faire connaître et appliquer les pratiques appropriées de prévention et de contrôle des infections dans les milieux où sont pratiqués le tatouage et le perçage de la peau.

2.4 Soutien

Cible : Renforcer le soutien aux personnes vivant avec le VHC et aux populations à risque élevé pour qu'elles puissent accéder aux services mis à leur disposition.

Le soutien comprend l'accès à une pharmacothérapie, une aide psychosociale telle qu'un counseling et une aide liée aux déterminants sociaux de la santé comme la nutrition et le logement. Un soutien devrait également être fourni pour le développement de l'expertise communautaire afin d'assurer l'éducation dans la collectivité.

Les facteurs socioéconomiques, environnementaux, culturels, comportementaux et biologiques déterminent l'état de santé. Les déterminants sociaux de la santé devraient être optimisés par les services de soutien qui assurent le logement, le soutien des pairs, une aide financière, le transport (particulièrement en milieu rural) et par les autres facteurs qui conditionnent les comportements réduisant le risque, la préparation et l'assiduité au traitement, ainsi que le suivi médical pour les personnes vivant avec le VHC et les populations à risque élevé.

Objectif 1 : Accroître la disponibilité et l'accessibilité du soutien aux personnes atteintes ou à risque d'hépatite C.

L'hépatite C est à plus forte prévalence au sein des populations difficiles à rejoindre et insuffisamment desservies et elle est aggravée par des comorbidités comme l'alcoolisme chronique, les problèmes de santé mentale, les facteurs socioéconomiques et les comportements à haut risque.

Parmi les éléments importants du modèle de soins multidisciplinaires proposé dans le présent projet de stratégie figurent les services de soutien – pour éliminer la précarité du logement, procurer un soutien des pairs et un counseling, puis aiguiller vers les organismes locaux de services sociaux et communautaires, les personnes vivant avec le VHC ou risquant l'infection par ce virus. Les services évoqués ici permettraient de lutter contre les facteurs environnementaux et socioéconomiques contribuant à des résultats médiocres en termes de santé pour les personnes à risque d'infection et celles vivant avec le VHC, y compris les sujets qui ne réagissent pas au traitement, les rechuteurs et

les personnes qui choisissent de ne pas recevoir de traitement. Les services palliatifs et de fin de vie devraient être accessibles aux personnes vivant avec le VHC et qui en ont besoin quand leur état de santé se détériore.

Les organismes communautaires peuvent fournir des services aux personnes présentant une hépatite C ou un risque d'infection. Cette coordination aiderait à relier les organismes communautaires en un réseau accessible aux personnes qui ont besoin de ces services mais qui en ignorent l'existence.

Recommandation : Encourager la mise sur pied d'un réseau régional réunissant les agences et organismes communautaires de lutte contre les problèmes liés à l'hépatite C.

Toutes les consultations communautaires ont fait ressortir le besoin de mettre en place des coordonnateurs et des travailleurs d'approche pour le VHC à l'échelon local. Les coordonnateurs de services liés au VHC contribueraient à la mise en place de réseaux locaux et aideraient les clients et les organismes à naviguer dans le système de santé.

L'Ontario devrait fournir un financement durable pour que les collectivités puissent embaucher des coordonnateurs de services liés au VHC et ainsi maintenir des services fiables dans l'ensemble de la province. De plus, l'information sur le VHC doit être élaborée et diffusée par différents moyens de communication comme Internet et le téléphone, ainsi que par d'autres services de soutien et d'éducation en personne pour les patients et le public.

Recommandation : Augmenter le nombre de coordonnateurs de services liés au VHC qui aideront les clients et les agences à naviguer dans le système de santé, amélioreront l'accès aux services locaux disponibles et tendront la main aux personnes infectées ou présentant un risque d'infection par le VHC en leur offrant des services d'éducation, de soutien et d'aiguillage.

Les travailleurs d'approche sont en mesure de fournir un soutien, une éducation et un aiguillage directs aux personnes infectées ou présentant une hépatite C, ceci dans leur environnement, et de fournir aux clients un meilleur accès aux services communautaires disponibles. Ce sont eux qui établissent le lien crucial entre les clients marginalisés et les services sociaux et de santé. Cette façon de se connecter avec les clients est une stratégie avérée et efficace de mobilisation. Le processus de consultation communautaire a fait ressortir sur toute la ligne la nécessité d'appuyer l'introduction de travailleurs d'approche.

Recommandation : Augmenter le nombre de travailleurs d'approche qui apporteront une aide et des services aux personnes atteintes ou à risque d'hépatite C, dans des environnements qui leur sont familiers.

De nombreux clients issus d'établissements correctionnels provinciaux ont de la difficulté à se reconnecter avec les services de soutien offerts dans la collectivité quand ils sont mis en liberté. Les travailleurs d'approche peuvent être d'une aide cruciale à cet égard.

Recommandation : Établir une liaison avec les établissements correctionnels provinciaux, par l'entremise de travailleurs d'approche spécialisés dans le VHC, pour fournir un soutien et un suivi aux personnes qui réintègrent la collectivité.

Le MSSLD devrait continuer à développer son site Web pour que cette ressource soit accessible dans l'ensemble de l'Ontario aux personnes atteintes d'hépatite C. Il est important de reconnaître que les personnes atteintes d'hépatite C ont une multitude de besoins, notamment un logement stable, une bonne nutrition, un soutien en santé mentale et toxicomanie, et qu'elles peuvent être nombreuses à souffrir de pauvreté. Un lien simple et facile d'emploi vers tous les services nécessaires pour répondre à ce vaste éventail de besoins améliorerait l'accessibilité et la disponibilité de ces services et favoriserait la reconnaissance d'une approche globale, en Ontario, du soutien aux personnes à risque et de celles atteintes d'hépatite C.

Recommandation : Mettre au point un outil de navigation électronique pour les programmes locaux et provinciaux, y compris les services de santé mentale, de toxicomanie et de logement.

Il faut collaborer avec les fournisseurs et les services locaux de soins de santé pour offrir aux patients atteints ou à risque d'hépatite C des programmes d'éducation qui les mettront en mesure de rechercher eux-mêmes des soins, un traitement et des services et éventuellement de fournir un soutien aux pairs dans le même environnement.

Recommandation : Élaborer des programmes de soutien des pairs en collaboration avec les coordonnateurs locaux des services liés au VHC afin de permettre aux sujets séropositifs pour le VHC d'accroître leur autonomie à l'égard des soins.

Objectif 2 : Intensifier la collaboration entre différents paliers de gouvernement afin d'engendrer une approche coordonnée du soutien et des soins.

Dans le cadre de son mandat, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) :

- présente la nouvelle démarche du gouvernement fédéral en matière de leadership et de collaboration avec les provinces et les territoires dans ses efforts pour renouveler le système de santé publique au Canada;
- appuie un système de santé durable.

La Section de surveillance et d'épidémiologie de la Division des infections acquises dans la collectivité est chargée des services courants et élargis de surveillance, d'épidémiologie et de recherche pour les infections transmissibles sexuellement (ITS) et l'hépatite C acquise dans la collectivité. En particulier :

- elle contribue à de plus vastes initiatives, au sein du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, pour une surveillance plus étroite des groupes vulnérables aux infections transmissibles sexuellement et par le sang;
- elle collabore avec des représentants des provinces et des territoires, des organismes internationaux et d'autres partenaires pour surveiller de plus près les comportements et les maladies aux fins d'intervention en santé publique.

Le Programme de prévention, de soutien et de recherche concernant l'hépatite C, lancé en 1999 dans le cadre de la réponse du gouvernement fédéral au rapport de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada, a été renouvelé en 2008 et doté d'un financement annuel permanent de 10,65 millions de dollars. Ce financement sera affecté aux initiatives qui améliorent la santé de la population, qui réduisent les disparités à cet égard et allègent le fardeau que celles-ci font peser sur le système de santé et qui, notamment :

- contribuent à la prévention de l'hépatite C et des infections connexes;
- appuient les personnes infectées ou touchées par l'hépatite C et les infections connexes, ou qui y sont exposées et vulnérables;
- créent une base plus solide de données probantes pour les décisions à prendre relativement aux politiques et aux programmes;
- éliminent les risques associés à certains comportements;
- permettent de lutter contre les problèmes de co-infection par la tuberculose ou par des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et contre les facteurs de risque communs, puis de promouvoir la prévention et le contrôle des maladies dans le cadre de la santé de la population.

Bien que les organismes communautaires puissent demander un financement à l'ASPC, il est important que l'Ontario travaille en étroite collaboration avec l'ASPC pour financer les programmes qui cadrent bien avec le projet ontarien de stratégie sur l'hépatite C. De plus, si l'Ontario resserre sa collaboration avec le gouvernement fédéral, celui-ci pourra s'occuper des priorités de l'Ontario et veiller à ce que les fonds soient mis à profit de façon à en tirer le maximum d'avantages.

Recommandation : Collaborer à tous les niveaux avec le gouvernement fédéral pour assurer la meilleure utilisation possible des ressources.

Le GTOHC a consulté les programmes de santé et d'autres ministères pour élaborer le Projet de stratégie de lutte contre l'hépatite C en Ontario : 2009-2014. Un dialogue et une collaboration continus devraient être encouragés afin d'éclairer la stratégie au besoin et d'opérer une mise en œuvre coordonnée, coopérative et efficace.

Recommandation : Appuyer et encourager la collaboration et la consultation entre les ministères pour lutter contre les déterminants sociaux de la santé liés à l'hépatite C.

Le MSSLD devrait également fournir une orientation et un soutien aux RLISS pour reconnaître et considérer l'hépatite C comme une priorité. À cette fin, il devrait collaborer avec les organismes locaux et financer les services requis pour assurer le traitement, la prévention, l'éducation, les soins et le soutien nécessaires pour lutter contre l'hépatite C. Les RLISS devraient pour leur part encourager la coordination dans leurs régions en impliquant les services de santé mentale et de toxicomanie, le secteur du logement, les services sociaux et d'autres organismes pour répondre à tous les besoins des personnes atteintes d'hépatite C. Un soutien devrait également être proposé aux initiatives de réduction des méfaits et aux services d'approche au sein des RLISS.

Recommandation : Veiller à ce que les RLISS traitent l'hépatite C comme une priorité provinciale comportant des enjeux qui ne sont pas forcément une priorité d'intérêt provincial.

2.5 Surveillance et recherche

Cible : Améliorer la recherche appliquée et la surveillance du VHC.

Resserrer la qualité de la recherche sous-tendant les politiques et les programmes en Ontario et lui permettre de se développer afin de réaliser des interventions mieux éclairées et plus utiles en matière d'éducation, de prévention, de traitement et de soutien. L'Ontario possède un réseau robuste de chercheurs impliqués dans la recherche sur le VIH et le VHC. Il a aussi des liens solides avec les bureaux de santé, les organismes communautaires, les médecins traitants, les hôpitaux et les centres universitaires et les autres intervenants chargés de la prévention et responsables de l'éducation, du soin et du traitement des personnes vivant avec le VHC ou à risque. Cette expertise sera étayée par un programme complet de recherche et de surveillance du VHC. De plus, le Sous-groupe de travail sur la recherche du GTOHC a été créé en juillet 2008 pour porter conseil à ce dernier ainsi qu'au Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C sur les questions de recherche et de surveillance du VHC.

Objectif 1 : Améliorer les données de surveillance du VHC.

L'Ontario utilise actuellement trois sources d'information pour surveiller le taux d'infection sous forme d'hépatite C :

- des estimations modélisées de l'incidence et de la prévalence réelles par un épidémiologiste;
- les rapports de cas (p. ex., l'incidence signalée) recueillis par les bureaux de santé locaux et communiqués au MSSLD;
- les statistiques des Laboratoires de santé publique (LSP) de l'Ontario sur les tests de dépistage de l'hépatite C.

Plusieurs initiatives devront être prises pour évaluer la qualité et la complexité du système ontarien de surveillance du VHC et établir des estimations plus précises de l'épidémiologie du virus qui éclaireront l'élaboration des politiques et des programmes. Citons, par exemple :

- des enquêtes permanentes basées sur la population et d'autres basées sur le risque ou sur un groupe particulier pour obtenir des estimations à jour de la prévalence et de l'incidence réelles et les soumettre à des modèles mathématiques;
- un meilleur suivi des cas signalés pour assurer des données complètes sur les facteurs de risque, des analyses complémentaires de l'ARN pour confirmer une infection chronique, une estimation de la date probable d'apparition de l'infection et le classement en tant qu'infection nouvellement acquise, chronique ou résorbée;
- une épuration en profondeur et permanente des données afin d'en assurer l'exactitude et l'intégrité et d'éliminer les dédoublements.

Il faut évaluer le système actuel de surveillance du VHC et y apporter des changements pour que la communication des cas d'infection par VHC actif à destination et en provenance des bureaux de santé soit plus systématique, rapide et exacte. Ceci aiderait à mieux réagir à l'épidémie de VHC en Ontario.

Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) a lui-même un sous-comité qui travaille à l'élaboration d'une nouvelle définition de « cas » qui classe l'hépatite C dans trois catégories : 1) nouvellement acquise; 2) chronique/non classée; 3) résorbée. Cette définition implique une augmentation des analyses d'ARN de l'hépatite C, nécessaires pour distinguer les infections chroniques des infections résorbées. Ces définitions étaient en cours d'élaboration au moment de la rédaction du présent rapport. La nouvelle définition du « cas », qui précisera les types d'infection par le VHC, permettra d'obtenir des données plus exactes et complètes et, ainsi, de dresser un tableau plus précis de l'hépatite C en Ontario.

Recommandation : Évaluer le système ontarien de surveillance du VHC et y apporter des changements pour permettre une déclaration plus détaillée et rapide et de meilleure qualité; adopter une définition de « cas de VHC » qui permette de distinguer, pour l'hépatite C, les infections nouvellement acquises, chroniques et résorbées.

Toute augmentation du nombre de cas à soumettre à des analyses d'ARN résultant de l'adoption de la définition de « cas » par le CCPMI (tous les cas exigeront une analyse d'ARN), nécessitera des ressources supplémentaires pour les LSP. Une étude et un questionnaire de laboratoire plus détaillés pourraient apporter une solution à ce problème.

Les médecins devraient recevoir des lignes directrices recommandant à chaque personne qui obtient un résultat positif au test de dépistage d'anticorps de se soumettre à une analyse d'ARN. Seuls certains médecins comprennent l'exigence relative à la réaction en chaîne par polymérase et à l'ARN. Une explication détaillée de l'obligation d'effectuer des tests supplémentaires devrait être fournie aux médecins et aux bureaux de santé.

En avril 2008, les Laboratoires de santé publique de l'Ontario et le Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C ont créé un algorithme pour informer les fournisseurs de soins de santé des mesures à prendre lorsqu'un test de dépistage d'anticorps anti-VHC est positif ou non concluant. Étant donné que peu de gens comprennent qu'une analyse de l'ARN est nécessaire pour confirmer une infection virale active, un encart présentant cette information accompagne tous les résultats de tests de dépistage d'anticorps anti-VHC positifs et non concluants que les LSP de l'Ontario renvoient aux fournisseurs de soins de santé.

L'encart présentant l'information, ou *Labstruct*, assure que les fournisseurs de soins de santé connaissent les mesures à prendre après la réception d'un résultat positif au test de dépistage d'anticorps anti-VHC. Particulièrement, si le test de dépistage d'anticorps est réactif ou non concluant, un dépistage supplémentaire du virus actif est recommandé pour déterminer l'état véritable du client et pour aider au traitement[81].

La définition de « cas » proposée par le CCPMI et la communication permanente des cas aux fournisseurs de soins de santé visent essentiellement à faire en sorte que les Ontariens et les Ontariennes réclamant des tests de dépistage de l'hépatite C obtiennent les tests appropriés et des résultats exacts qui reflètent leur infection : négatif, exposition mais infection résorbée, ou positif.

Recommandation : Travailler avec l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé pour veiller à ce que son infrastructure de laboratoire puisse accueillir une augmentation du volume d'échantillons à soumettre à des tests d'ARN à la suite de la nouvelle définition donnée de « cas de VHC ». Veiller à ce que l'information soit diffusée aux médecins touchés par le changement apporté à la marche à suivre pour les tests.

Les enquêtes sur la population sont la méthode qui permet d'obtenir l'information la plus exacte sur la prévalence du VHC. Les enquêtes auprès des populations à plus haut risque d'infection par le VHC sont importantes pour établir des données de surveillance de base et en savoir plus sur les interventions requises en matière de prévention et d'éducation.

Le Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH)[82] fournit de l'information importante sur l'épidémiologie de l'infection par le VHC au Canada, information qui est utilisée pour appuyer la prise de décisions en santé publique. Le SSASH brosse un tableau exhaustif des facteurs démographiques et des facteurs de risque liés à l'infection par le VHC et permet l'identification des

cas d'infection aiguë. Ce programme complet exerce une surveillance de plus de 40 pour cent de la population canadienne. Toutefois, l'approche par centres sentinelles adoptée pourrait ne s'appliquer qu'aux populations faisant l'objet d'une surveillance par le SSASH[83].

Les données du SSASH indiquent que l'injection de drogues demeure le principal facteur de risque d'infection par le VHC au Canada. Ces données sont corroborées par l'information recueillie par d'autres programmes de surveillance, dont I-Track, le projet de surveillance accrue des usagers de drogues injectables[84].

L'utilisation des données de surveillance actuelles pour le Canada et la réalisation de nouvelles recherches en matière de surveillance permettront d'éclairer l'élaboration des politiques et programmes de prévention provinciaux au moyen de recherches fondées sur des données propres à l'Ontario.

Malgré les améliorations réalisées en matière de surveillance passive systématique, de nombreux cas restent inconnus en raison de la faible incidence de symptômes aigus parmi les infections nouvellement acquises et de la longue période de latence entre le début de l'infection chronique et l'apparition de troubles hépatiques. Pour le moment, on s'en tient presque exclusivement à des modèles mathématiques pour estimer la prévalence et ces modèles ne reflètent peut-être pas de manière très exacte la prévalence effective. Il faut effectuer régulièrement des enquêtes basées sur la population pour déterminer la prévalence réelle. Ces enquêtes, en plus de fournir une estimation de la prévalence ponctuelle, pourraient également servir à valider et à perfectionner les modèles mathématiques, dont on aurait quand même besoin pour estimer la prévalence entre les enquêtes.

Recommandation : Travailler avec l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé pour appuyer une surveillance élargie du VHC au moyen d'enquêtes sur la population et d'enquêtes sur des groupes particuliers, comme des études sur la séroprévalence du VHC (nombre d'individus au sein d'une population qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage de la maladie après analyse d'échantillons sériques (sérum sanguin). Utiliser la recherche en matière de surveillance réalisée au Canada et autoriser des recherches plus approfondies pour améliorer et éclairer l'élaboration des programmes de prévention en Ontario.

Objectif 2 : Établir des données sur le risque de transmission du VHC dans les milieux proposant le perçage de la peau, des activités sexuelles et le partage de matériel servant à l'usage de drogues.

Bien que les facteurs de risque liés à la transmission du VHC par des pratiques d'injection non sécuritaires soient largement reconnus dans la littérature scientifique, les autres facteurs qui accroissent le risque de transmission sont moins bien compris, par exemple, le partage de matériel servant à la consommation de drogues (comme les pipes à crack), les comportements sexuels à haut risque (entraînant le contact avec le sang d'une autre personne), ainsi que le tatouage et le perçage corporel. Une étude des données scientifiques disponibles s'impose pour évaluer la transmission du risque de VHC par ces pratiques et pour en savoir plus sur les interventions requises en matière d'éducation et de prévention.

Des analyses documentaires systématiques doivent être faites pour confirmer le risque – et le niveau de risque – de transmission du VHC par des comportements sexuels à haut risque et par le tatouage ou le perçage corporel. Les facteurs qui accroissent le risque de transmission par ces pratiques – comme les services informels de tatouage et de perçage en place dans les établissements correctionnels – devraient être pris en compte dans les questions de recherche globales. Le développement de la recherche et des

politiques devrait comprendre une collaboration avec les autres organismes provinciaux et nationaux qui ont entrepris des travaux dans ce domaine, entre autres la Société canadienne du sida, le Réseau juridique canadien VIH/sida et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)[85].

Recommandation : Appuyer l'analyse systématique de la littérature scientifique et de la littérature grise sur le risque de transmission du VHC résultant de comportements sexuels à haut risque, du tatouage, du perçage corporel et du partage de matériel d'inhalation de drogues (comme les pipes à crack).

Objectif 3 : Établir des données qui concernent la participation aux traitements et les résultats dans des populations particulières et qui seront utiles à l'élaboration de politiques.

Il faut des données pour évaluer la participation aux traitements et les résultats – de même que les facteurs qui améliorent la préparation et l'assiduité au traitement – et ainsi en savoir plus sur les soins et les traitements à fournir.

L'Institut de recherche en services de santé (IRSS) et les autres unités de recherche financées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doivent veiller à ce que 25 pour cent de leur plan de travail annuel prévoie des recherches répondant aux besoins du ministère. Aussi ce plan de travail pourrait-il prévoir des données sur les résultats cliniques, des études de rentabilité et d'autres recherches sur les services de santé pour répondre aux questions concernant les politiques et éclairer l'élaboration et la prestation de programmes et de services de lutte contre le VHC en Ontario. De plus, les deux initiatives fédérales de recherche, comme l'enquête de population de l'ASPC sur le VHC et la recherche clinique menée par des chercheurs indépendants parrainés par l'industrie, recèlent un potentiel de collaboration qui contribuera à de solides données de recherche sur le VHC en Ontario.

Recommandation : Appuyer la recherche appliquée utile à l'élaboration de politiques, en collaboration avec les initiatives de recherche du gouvernement fédéral et de l'industrie pharmaceutique.

Objectif 4 : Établir des données sur les meilleurs modèles de programmes et de prestation de services de santé pour rejoindre les populations à risque élevé.

Les usagers de drogues sont souvent confrontés à des obstacles qui gênent l'accès au système de santé et, à cet égard, ils citent les préjugés liés à l'usage de drogues ou l'approche discriminatoire de certains professionnels de la santé et des services sociaux. Il faut des recherches pour évaluer les modèles existants de prestation de services et définir les meilleures pratiques pour un éventail d'interventions à mener auprès des usagers de drogues[86].

Il faudra des recherches axées sur l' Ontario pour compléter les données disponibles et déterminer les meilleures pratiques à employer pour les interventions à mener en termes d'éducation, de prévention, de traitement et de soutien auprès des populations à risque élevé pour le VHC. Ces initiatives devraient comprendre :

- les pratiques exemplaires pour les programmes actuels de réduction des méfaits;
- l'évaluation des programmes d'échange de seringues pour assurer qu'ils sont établis conformément au document publié en mars 2006 sous l'intitulé *Programmes d'échange de seringues de l'Ontario : Guide des meilleures pratiques*;

- l'évaluation des obstacles au dépistage, au counseling et au traitement au sein des populations à risque élevé;
- l'évaluation des opérations pour élaborer des pratiques exemplaires.

Les résultats de recherche découlant de ces initiatives éclaireront les activités permanentes d'élaboration de programmes et de prestation de services, y compris le vaste programme provincial de réduction des méfaits décrit dans la Section 2.2.

Recommandation : Réaliser une évaluation complète des programmes et des recherches sur les opérations afin d'établir le modèle idéal et les pratiques exemplaires à employer pour offrir aux populations à haut risque des programmes de réduction des méfaits et d'autres programmes et services de santé liés au VHC.

---

3. Coordination et mise en oeuvre

Cible : Mettre en œuvre le Projet de stratégie de lutte contre l'hépatite C en Ontario : 2009-2014 en collaboration avec les principales parties prenantes.

Les parties prenantes ont réclamé une stratégie provinciale pour la mise en œuvre de chacun des cinq volets prioritaires décrits dans le présent document. Cette stratégie ferait de la lutte contre le VHC en Ontario une démarche globale, axée sur des programmes et accompagnée d'initiatives interdépendantes dans le traitement, la prévention, l'éducation, le soutien, ainsi que la surveillance et la recherche.

Bien que l'intendance à l'égard de la lutte ontarienne contre le VHC incombe principalement au Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C, ce projet de stratégie ne sera couronné de succès que s'il bénéficie des services de coordination et de l'entière collaboration du MSSLD, notamment :

- le Bureau de lutte contre le sida;
- la Division de la santé publique;
- l'Unité de la recherche;
- la Direction des données sur la santé;
- la Direction de la santé mentale et des dépendances;
- l'Unité des stratégies de santé des Autochtones;
- les RLISS;
- l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé.

Le Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C assumera un rôle directeur dans la mise en œuvre de ce projet de stratégie et fournira des conseils et un soutien stratégiques aux autres responsables de programmes ministériels chargés de divers volets du projet. Pour pouvoir mener à bien la lutte contre le VHC en Ontario, il faut au préalable :

- des politiques et des programmes conformes à ceux décrits dans ce projet de stratégie;
- les ressources humaines nécessaires à leur mise en œuvre et à leur évaluation.

Le GTOHC et le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida (CCOLVS) ont établi un groupe de travail conjoint chargé des questions d'intérêt mutuel. Celles-ci consistent notamment à :

- élargir les initiatives de réduction des méfaits;
- renforcer le système de surveillance en Ontario;
- multiplier les mesures incitatives qui encouragent les médecins à traiter les personnes vivant avec le VHC ou le VIH;
- lutter contre les obstacles à la mise en œuvre de programmes de prévention, de soins et de traitement fondés sur des données probantes en milieu carcéral.

Le Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C et les autres responsables des programmes ministériels visés devraient collaborer avec les ministères jouant un rôle clé dans la bonne mise en œuvre de ce projet de stratégie pour mettre au point une approche cohérente du VHC à l'échelle de l'Ontario. Il s'agira notamment des ministères suivants :

- Sécurité communautaire et Services correctionnels;
- Éducation;
- Services sociaux et communautaires;
- Services à l'enfance et à la jeunesse;
- Affaires autochtones;
- Promotion de la santé.

Les communautés autochtones (Premières nations, Métis et Inuits) travaillent directement avec le gouvernement fédéral pour favoriser la prestation des services de santé aux populations vivant dans les réserves et aux Inuits. La province est chargée de collaborer avec les communautés autochtones pour résoudre les problèmes de santé hors des réserves. Pour pouvoir offrir des programmes adaptés aux communautés autochtones et tenant compte des questions de compétence territoriale, il faut une étroite collaboration et des consultations suivies avec les dirigeants autochtones, les fournisseurs de services et le gouvernement fédéral. Le Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C travaillera avec le ministère des Affaires autochtones, le Bureau de lutte contre le sida, l'Unité des stratégies de santé des Autochtones et la Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones pour assurer une démarche sensible aux différences culturelles dans le déploiement, auprès des populations autochtones hors réserve, des initiatives de traitement, de prévention, d'éducation, de soutien et de recherche.

Le projet de stratégie devrait être déployé à titre coopératif et complémentaire, en parallèle d'initiatives fédérales telles que :

- le Programme de prévention, de soutien et de recherche concernant l'hépatite C;
- la recherche financée par l'ASPC et les IRSC.

Dans le droit fil de son rôle d'intendance, le Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C – en collaboration avec les autres responsables et parties prenantes des programmes ministériels – devrait aussi se charger de surveiller et d'évaluer la mise œuvre de ce projet de stratégie, ainsi que de produire un rapport annuel prenant la mesure des progrès réalisés et des difficultés rencontrées à l'égard des objectifs à atteindre.

Les thèmes récurrents qui se sont dégagés des consultations communautaires sont :

- une meilleure coordination des programmes et services locaux utiles aux populations à risque en ce qui concerne l'infection par le VHC;
- des liens plus solides entre les initiatives locales et provinciales visant à combattre le VHC en Ontario.

Plusieurs rapports de consultations communautaires ont recommandé la création du réseau local pour l'hépatite C, avec un organisme directeur local qui serait tout indiqué pour mieux promouvoir et coordonner les programmes et services liés au VHC dans la communauté visée.

Le Secrétariat pour les programmes sur l'hépatite C, les responsables de programmes ministériels compétents et les réseaux et organismes locaux devraient unir leurs efforts à ceux des organismes directeurs et des réseaux locaux pour l'hépatite C pour que, dans l'ensemble de la province, le projet de stratégie soit déployé d'une manière cohérente et inspirée de l'expérience des communautés et des programmes locaux.

Recommandations :

- Confirmer les organismes directeurs et les personnes-ressources à l'échelon local, y compris le rôle des RLISS, et établir un processus favorisant une communication et une collaboration continues pour la mise en œuvre du Projet de stratégie de lutte contre l'hépatite C en Ontario : 2009-2014 dans les collectivités.

- Assurer une coordination entre les agences et les organismes qui auront besoin de ressources supplémentaires pour accroître leur capacité à mettre en œuvre les recommandations de ce projet de stratégie.

- Mettre en place un complément de ressources humaines à même de fournir l'expertise nécessaire pour combler les lacunes que ce projet de stratégie a fait ressortir dans les soins, le soutien, la prévention et l'éducation destinés aux personnes infectées, touchées et à risque en ce qui concerne l'hépatite C, ressources qui pourraient être affectées à divers milieux (CSC, organismes de services et cliniques hospitalières), qui exploiteraient les synergies existantes et qui seraient fonction des besoins et des ressources déjà en place dans ces communautés.

- Reconnaître les occasions de clarifier les rôles et les responsabilités des autorités fédérales, provinciales et territoriales pour identifier les partenaires et maximiser la coordination et la coopération dans la mise en œuvre du Projet de stratégie de lutte contre l'hépatite C en Ontario : 2009-2014.

- Impliquer les personnes vivant avec l'hépatite C, ou à haut risque de contracter le VHC, dans l'élaboration des programmes et des politiques concernant l'hépatite C, notamment les cinq domaines prioritaires énoncés dans le présent projet de stratégie : traitement, prévention, éducation, soutien, surveillance et recherche.

4. Conclusion

Il est urgent de renforcer la lutte contre le VHC afin de réduire le futur fardeau de la maladie ainsi que les coûts qui y sont associés pour le système ontarien de soins de santé. L'investissement dans les cibles, les objectifs et les activités présentés dans ce projet de stratégie – ainsi que dans l'intendance requise pour la mise en œuvre de celle-ci – ferait fond sur les programmes existants et ferait de l'Ontario un chef de file canadien dans la lutte contre le VHC.

5. Notes et références

[1] J. Csete, R. Elliot et B. Fischer,*Viral time bomb: Health and human rights challenge in addressing Hepatitis C in Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida, Centre for Addictions Research of BC, avril 2008.

[2] K. Dinner, T. Donaldson, J. Potts, J. Sirna et T. Wong, « Hepatitis C: A Public Health Perspective and Related Implications for Physicians », *Royal College Outlook* (automne 2005), vol. 2, n° 3, p. 20-22.

[3] *Ibid.*

[4] S. Desai et K.M. Peltekian, « Canadian Mortality Rates for Liver Disease Taking a Closer Look at ICD Coding », *La revue canadienne de santé publique* (2004), vol. 95, n° 3, p. 198-200.

[5] M. Sherman et coll., « La prise en charge de l'hépatite C chronique: Des lignes directrices consensuelles », *Canadian Journal of Gastroenterology* (juin 2007), vol. 21, suppl. C, p. 25C-34C.

[6] BC Centre for Disease Control, *A Hepatitis Strategy for British Columbia*, Vancouver, 1999, p. 9. Consulté à l'adresse www.bccdc.org/downloads/pdf/hep/reports/hs-strategy.pdf?PHPSESSID=82c5cec6cd720f4a3f08a3be7a4ef557.

[7] R. Remis, *The Epidemiology of Hepatitis C Infection in Ontario*, 2007, rapport préliminaire, mars 2008.

[8] M. Sherman et coll., *op. cit.*

[9] J. Macías et coll., *High Prevalence of Hepatitis C Virus Infection Among Noninjecting Drug Users: Association With Sharing the Inhalation Implements of Crack*, Liver International (2008), vol. 28, n° 6, p. 757-760.

[10] H. Hagan et coll., « Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C », *American Journal of Public Health* (2001), vol. 9, n° 1, p. 42-46.

[11] H.J. Alter et L.B. Seef, « Recovery, persistence, and sequelae in hepatitis C virus infection: a perspective on long-term outcome », *Seminars in Liver Disease* (2000), vol. 20, n° 1, p. 17-35.

[12] Agence de la santé publique du Canada, Foire aux questions sur l'hépatite C, 2008. Consulté à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/getfacts-informezvous/index-fra.php.

[13] *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7. Consulté à l'adresse www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90h07_f.htm.

[14] Normes de santé publique de l'Ontario 2008. Consulté à l'adresse www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/pubhealthf/oph_standardsf/ophsf/indexf.html.

[15] Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Définitions de cas (2007). Consulté à l'adresse www.cdc.gov/ncphi/disss/nndss/casedef/hepatitiscacutecurrent.htm.
Communicable Diseases Network Australia. Définitions de cas aux fins de la surveillance pour le système australien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire. Consulté à l'adresse www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cdna-asedefinitions.htm/$FILE/casedef.pdf.
UK Health Protection Agency, Standards For Local Surveillance And Follow Up Of Hepatitis B and C, avril 2006. Consulté à l'adresse www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1194947376936.
Santé Canada, « Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale », *Relevé des maladies transmissibles au Canada* (mai 2000), vol. 26S3.
Consulté à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00pdf/cdr26s3f.pdf.

[16] G.Y. Minuk et J. Uhanova, « Viral hepatitis in the Canadian Inuit and First Nations populations », *Canadian Journal of Gastroenterology* (2003), vol. 17, n° 12, p. 707-712.

[17] J.T. Gerlach et coll., « Acute hepatitis C: high rate of both spontaneous and treatment-induced viral clearance », *Gastroenterology* (2003), vol. 125, n° 1, p. 80-88.

[18] J. Grebely et coll., « Factors associated with spontaneous clearance of hepatitis C virus among people who use illicit drugs », *Canadian Journal of Gastroenterology* (2007), vol. 21, n° 7, p. 447-451.

[19] Prévalence du VHC, 2007 : 109717 (R. Remis, *The epidemiology of hepatitis C infection in Ontario*, 2007, Groupe de travail sur l'hépatite C, Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida, Toronto, 26 mai 2008). Prévalence du VIH, 2006 : 26356 (R. Remis, J. Liu, *Epidemiology of HIV infection in Ontario: Update to 2008*, AIDS and Drug Prevention Community Investment Programs, Bureau de santé publique de Toronto, Toronto, 25 novembre 2008).

[20] R. Remis, *op. cit.*, p. 7.

[21] Réseau canadien autochtone du sida, *Marche avec moi sur les voies vers la santé : Modèle de prestation de services en réduction des méfaits*, 2007, p. 19.

[22] C. Strike, L. Leonard et coll., *Les programmes d'échange de seringues en Ontario : recommandations de pratiques exemplaires*, Santé Canada, mars 2006.

[23] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « McGuinty Government Announces Hepatitis C Prevention and Treatment Action Plan », Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, octobre 2004.

[24] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Le gouvernement McGuinty investit dans un programme d'appui aux soins infirmiers pour les personnes atteintes de l'hépatite C », 16 février 2007. Consulté à l'adresse www.health.gov.on.ca/french/mediaf/news_releasesf/archivesf/nr_07f/febf/hepc_nr_10_fr_2_20070219.html.

[25] Gouvernement de l'Ontario, *Utilisation des fonds versés à l'Ontario dans le cadre de l'Engagement fédéral concernant l'hépatite C*, janvier 2007.

[26] R. Remis, *Étude visant à caractériser l'épidémiologie de l'hépatite C au Canada*, 2002, rapport final. (Ottawa : Santé Canada, 2004).

[27] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « McGuinty Government Announces Hepatitis C Prevention and Treatment Action Plan », Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, octobre 2004.

[28] *Vers une réponse à l'épidémie : Recommandations pour une Stratégie canadienne sur l'hépatite C*, septembre 2005.

[29] BC Centre for Disease Control, *op. cit.*

[30] J. Csete et coll., *op. cit.*

[31] Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS APN+ Position Paper 2 GIPA, janvier 2004. Accessible à l'adresse www.ahrn.net/library_upload/uploadfile/file1777.pdf.

[32] R. Remis, *op. cit.*, mars 2008.

[33] C. Yim, Nursing Support for Hepatitis C Treatment, Réseau universitaire de santé, Toronto Western Hospital, 2007.

[34] F. De Rosa, G. Cariti et G. Di Perri, clinique des maladies infectieuses, hôpital Amedeo di Savoia, Turin (Italie), « Acute hepatitis C: High dosage and compliance predict SVR », correspondance, *Journal of Hepatology* (août 2006), vol. 44, n° 2, p. 511.

[35] J.G. McHutchison, M. Manns, K. Patel, T. Poynard, K.L. Lindsay, C. Trepo, J. Dienstag, W.M. Lee, C. Mak, J.J. Garaud et J.K. Albrecht, « Adherence to Combination Therapy Enhances Sustained Response in Genotype-1-Infected Patients With Chronic Hepatitis C », *Gastroenterology* (2002), vol. 123, p. 1061-1069.

[36] M. Sherman et coll., *op. cit.*

[37] M. Sherman et coll., *op. cit.*

[38] G. Nicole et coll., « Cost-effectiveness of Treatment for Hepatitis C in an Urban Cohort Co-infected with HIV », *American Journal of Medicine* (mars 2007), vol. 20, n° 3.

[39] C. Cooper, G. Garber et M. McLaren, « Barriers to hepatitis C virus treatment in a Canadian HIV-hepatitis C virus coinfection tertiary care clinic », *Canadian Journal of Gastroenterology* (février 2008), vol. 22, n° 2, p. 133-137.

[40] R. Moirand, M. Bilodeau, S. Brissette et J. Bruneau, « Determinants of antiviral treatment initiation in a hepatitis C-infected population benefiting from universal health care coverage », *Canadian Journal of Gastroenterology* (juin 2007), vol. 21, n° 6, p. 355-361.

[41] Association des infirmières et infirmiers du Canada, Document d'information de l'AIIC « Les déterminants sociaux de la santé et les soins infirmiers : résumé des enjeux, p. 1 et 5. Consulté à l'adresse http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/BG8_Social_Determinants_f.pdf.

[42] L. Brener, W. von Hippel et S. Kippax, « Prejudice among health care workers toward injecting drug users with hepatitis C: Does greater contact lead to less prejudice? », *International Journal of Drug Policy* (2007), vol. 18, n° 5, p. 381-387. Accessible en ligne à : www.sciencedirect.com.

[43] J. Ford et C. Cheong-Lee, « The role of the hepatology nurse in the difficult-to-treat hepatitis C population », éditorial, Canadian Association of Hepatology Nurses, 2006, C.-B.

[44] D.H. Van Thiel, A. Anantharaju et S. Creech, « Response to treatment of hepatitis C in individuals with a recent history of intravenous drug abuse », *American Journal of Gastroenterology* (2003), vol. 98, p. 2281-2288.

[45] R. Moirand et coll., *op. cit.*

[46] D.L. Sylvestre et coll., « Co-occurring hepatitis C, substance use and psychiatric illness: treatment issues and developing integrated models of care », *Journal of Urban Health* (2004), vol. 81, p. 719-734.

[47] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « McGuinty Government Announces Hepatitis C Prevention and Treatment Action Plan », Imprimeur de la reine pour l'Ontario, octobre 2004.

[48] Réseau Télémédecine Ontario. Accessible à l'adresse http://www.otn.ca/fr/otn/.

[49] Réseau Télémédecine Ontario. Accessible à l'adresse http://www.otn.ca/fr/otn/.

[50] Réseau Télémédecine Ontario. Accessible à l'adresse http://www.otn.ca/fr/otn/who-we-are/.

[51] M. Sherman et coll., *op. cit.*

[52] Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida, Working Group on HIV and Transplantation, « HIV and Solid Organ Transplantation: A review of the literature with recommendations for action », novembre 2003.

[53] Access to liver biopsies in Northern Ontario is difficult : Dr Greg Gamble, communication personnelle, 26 novembre 2008, Thunder Bay; Camille Lavoie, IA, communication personnelle, 19 février 2009, Sudbury.

[54] B. Fischer, K. Kalousek, J. Rehm, J. Powis, M. Krajden et J. Reimer, « Hepatitis C, Illicit Drug Use and Public Health: Does Canada Really Have a Viable Plan? », *Canadian Journal of Public Health* (2006), vol. 97, n° 6, p. 485-487.

[55] D.R. Nelson, G.L. Davis, I. Jacobson, G.T. Everson, M.W. Fried, S.A. Harrison et coll., « Special Report: Hepatitis C Virus: A Critical Appraisal of Approaches to Therapy », délibérations du HCV Council, *Clinical Gastroenterology and Hepatology* (2009), vol. 7, p. 397-414.

[56] Strike et coll., Best Practices and Barriers: An Update for Ontario Needle Exchange Programs, février 2009. Consulté à l'adresse http://www.ohrdp.ca/wp-content/uploads/pdf/2009BPRupdate.pdf.

[57] Réseau juridique canadien VIH/sida, Legal Network/Prisoners AIDS Support and Advocacy Network, Hard Time: Promoting HIV and HCV Prevention Programming for Prisoners in Canada, 2007. Consulté à l'adresse http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1217.

[58] J. Csete, R. Elliot et B. Fischer, *op. cit.*

[59] J. Csete, « Do Not Cross: Policing and HIV Risk Faced by People Who Use Drugs », Réseau juridique canadien VIH/sida, 2007. Consulté à l'adresse www.aidslaw.ca/drugpolicy.

[60] S. Perreault, « The incarceration of Aboriginal people in adult correctional services », *Juristat* (juillet 2009), vol. 29, n° 3, p. 16.

[61] Réseau canadien autochtone du sida, *op. cit.*, p. 16-17. Consulté à l'adresse http://www.caan.ca/pdf/WalkWithMe_fr.pdf.

[62] Santé Canada, *Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones : Examen de la question*, 1998, p. 1. Accessible à http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/ads/literary_examen_review-fra.pdf.

[63] *Ibid.*, p. 4.

[64] Assemblée des Premières Nations/Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations* (ERS 2002-2003), p. 116. Consulté à l'adresse http://www.rhs-ers.ca/english/pdf/rhs2002-03reports/rhs2002-03-technicalreport-afn.pdf.

[65] Riben et coll., *La revue canadienne de santé publique* (juillet-août 2000), vol. 91, p. 16-17.

[66] G.Y. Minuk et coll., *op. cit.*, p. 711.

[67] J. Grebely et coll., *op. cit.*

[68] G.Y. Minuk et coll., *op. cit.*, p. 707.

[69] L. Calzavara, N. Ramuscak, A. Burchell, C. Swantee, T. Myers, M. Fearon et S. Raymond, « Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Ontario Remand Facilities », *Canadian Medical Association Journal* (31 juillet 2007), vol. 177, n° 3.

[70] Réseau juridique canadien VIH/sida, « High risk behaviours in prisons: Fact Sheet », avril 2008. Consulté à l'adresse http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=842.

[71] Sécurité publique Canada, « La drogue en milieu carcéral ». Consulté à l'adresse http://www.securitepublique.gc.ca/prg/cor/acc/ff7-fra.aspx.

[72] Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, « Profil de l'hépatite C et de l'utilisation de drogues injectables au Canada », préparé pour le Programme de prévention, de soutien et de recherche concernant l'hépatite C, septembre 2000. Consulté à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/prflhepciducan-prflhepcudican/index-eng.php.

[73] K. Dinner et coll., *op. cit.*

[74] E. Roy, N. Haley, P. Leclerc , J.-F. Boivin, L. Cédras et J. Vincelette, « Risk factors for hepatitis C virus infection among street youths », *Canadian Medical Association Journal* (2001), vol. 165, n° 5, p. 557-560.

[75] R. Remis, *op. cit.*, mars 2008.

[76] R. Remis, *op. cit.*, 21 octobre 2007.

[77] M. Sherman et coll., *op. cit.*

[78] L. Brener et coll., *op. cit.*

[79] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la santé publique (lutte contre les maladies infectieuses), *Infection Prevention and Control Best Practices for Personal Services Settings*, janvier 2009.

[80] K. Dinner et coll., *op. cit.*

[81] Laboratoires de santé publique de l'Ontario, *Labstract*, avril 2008. Accessible à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/labs/labstracts/hep_c_ahcv_LAB-SD-034-000.pdf

[82] http://www.phac-aspc.gc.ca/hcai-iamss/bbp-pts/sys-fra.php.

[83] Épidémiologie de l'infection aiguë par le virus de l'hépatite C au Canada: Résultats du Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH). Consulté à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/pdf/hcv-epi-fra.pdf.

[84] Agence de la santé publique du Canada, *Infection au virus de l'hépatite C (VHC) chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) au Canada: Résultats d'I-Track (2003-2005)* et SAJR (1998-2005).

[85] Réseau juridique canadien VIH/sida et Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

[86] L. Brener et coll., *op. cit.*